



# **LA ATENCIÓN INTEGRAL A LA DEPENDENCIA EN GALICIA**

## **EXTRACTO**

### **Parte II**

#### **PROGRAMA GALLEGO DE PREVENCIÓN DE DEPENDENCIA Actuación Coordinada- Test Integral para la Vida Autónoma (ACTIVA)**

Ref. en libro

#### **INTRODUCCIÓN Parte II**

p.65

#### **PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE DEPENDENCIA**

p.69

#### **DIAGRAMAS**

I PROGRAMA GALLEGO DE PREVENCIÓN DE DEPENDENCIA p.71

II. REDES DE TRANSMISIÓN DE INFORMACIÓN p.72

III. ORGANIGRAMA DEL SISTEMA DE PREVENCIÓN p.73

IV. EL USUARIO DENTRO DEL SISTEMA p.74

#### **PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN**

p.147

#### **ACTUACIONES**

FASE 1 p.148

FASE 2 EVOP

Equipos valoración Orientación y Prevención p.149

FASE 3 UCS

Unidad de Coordinación y Seguimiento p.150

FASE 4 ATENCIÓN PRIMARIA p.151

SERVICIOS SOCIALES p.152

ASOCIACIONES DE AFECTADOS p.153

PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN (fin) p.154

Siguiendo la definición del Consejo de Europa,<sup>1</sup> se entiende la **dependencia** como “el estado de carácter permanente en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes para realizar las actividades de la vida cotidiana”. Con un enfoque más social, como el seguido en la CIF (OMS, 2001), podríamos decir que, debido a la presencia de enfermedades o trastornos que provocan un déficit en el funcionamiento corporal (deficiencia), algunas personas sufren una limitación en la actividad (discapacidad). Si dicha limitación no es compensada a través de la adaptación del entorno, estas personas se ven restringidas en la participación y dependen de la ayuda de otras personas para realizar las actividades de la vida cotidiana, se convierten en personas dependientes.

En consecuencia, la **prevención de dependencia** englobaría todas las acciones encaminadas a minimizar y/o retrasar la aparición o agravamiento de situaciones de dependencia en personas afectadas por enfermedades o trastornos que generan discapacidad. Es obvio que lo deseable sería, mediante prevención primaria, evitar la enfermedad o el trastorno generador de dependencia. Pero, cuando tal prevención no se ha hecho, o no ha alcanzado sus objetivos, y la enfermedad o el trastorno están instalados, para prevenir la situación de dependencia se puede y se debe actuar a distintos niveles, ofreciendo prevención secundaria y terciaria: en primer lugar, se debe tratar de minimizar y retrasar el déficit en el funcionamiento; en segundo lugar, intentar que el déficit funcional cause la menor limitación en la actividad posible. En tercer lugar, conseguir que, en cualquier caso, la adecuada adaptación del entorno permita la participación en las actividades de la vida cotidiana.

Cuando la limitación en la actividad de una persona alcanza tal grado que no es capaz de realizar por sí misma las actividades de la vida cotidiana, consideramos a esta persona como dependiente, indicando que depende de terceras personas, que necesita un cuidador. A partir de ese momento, un sistema de prevención que trate de retrasar y minimizar el agravamiento de la situación de dependencia debe abordar también la atención al cuidador. Además, debemos tener en cuenta que algunas personas, aun no necesitando de terceros en la actualidad, están afectadas por patologías cuya evolución deriva hacia una situación de dependencia; a estas personas “potencialmente

---

<sup>1</sup> Consejo de Europa (1998): Recomendación N° 98 (9).

dependientes” o “susceptibles de llegar a ser dependientes” también debe estar dirigido el programa de atención integral a la dependencia.

El *Programa de Prevención de Dependencia (ACTIVA)* que se presenta, si bien podría incluir al total de población dependiente, va dirigido, en principio, a las personas dependientes o susceptibles de llegar a serlo menores de 65 años que, aun no siendo el porcentaje mayoritario del total de población dependiente, son las que al tener por delante todo su proyecto vital necesitan de manera más imperiosa el carácter preventivo, rehabilitador e integrador que debe tener toda atención a las personas dependientes

Por la propia naturaleza del problema, la atención integral a la dependencia incluye aspectos sanitarios y sociales, los cuales, en general, corresponden a servicios asistenciales distintos. La atención integral a las personas en situación actual o potencial de dependencia requiere, desde luego, la existencia de servicios sanitarios y sociales destinados a tal fin; pero, si bien esta condición es necesaria, no es suficiente. Para garantizar que las personas dependientes y sus cuidadores accedan a dichos servicios y que éstos sirvan eficientemente a un objetivo de prevención, tales servicios deben ser ofrecidos de manera programada, continuada y coordinada.

Algunas acciones de prevención de dependencia, sobre todo las destinadas a minimizar y retrasar el déficit funcional y la limitación de actividad que provoca, corresponden fundamentalmente a distintos niveles asistenciales de los servicios sanitarios; otras acciones, las que van orientadas a minimizar la restricción en la participación, es decir, a evitar las consecuencias sociales, corresponden a los servicios sociales. Como decíamos anteriormente, para garantizar que todas esas acciones lleguen a las personas dependientes y a sus cuidadores, y cumplan con su objetivo de prevención, además de ser llevadas a cabo por profesionales formados, deben ser ofrecidas de manera programada, continuada y coordinada.

Por tanto, en la medida en que en el ámbito de la prevención de dependencia deben participar distintos profesionales, pertenecientes a los distintos niveles de los ámbitos sanitario y social, consideramos que el primer paso para implantar un sistema de atención integral debe ser el diseño de los mecanismos que garanticen la actuación coordinada de todos los agentes implicados, es decir, diseñar la coordinación socio-sanitaria.<sup>2</sup> Así, el *Programa de Prevención de Dependencia (ACTIVA)* que se propone, además de plantear los Programas correspondientes a las diferentes vertientes de la atención integral a la dependencia, establece los necesarios mecanismos de coordinación,

---

<sup>2</sup> Ya ha sido comentado anteriormente que, tanto el *Libro Blanco sobre la Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España* como el *Anteproyecto de Ley de Dependencia*, recogen la necesidad de desarrollar una coordinación entre los servicios sanitario y social.

consiguiendo que dichos programas sean desarrollados de manera cohesionada en un sistema de atención integral.

Partiendo de la red de servicios sanitarios y sociales existente, que seguirá encargándose de la intervención directa, el programa ACTIVA incorpora una nueva estructura que da soporte a las personas en situación actual o potencial de dependencia, a los cuidadores principales y a los profesionales de los servicios sanitario y social para, por una parte, facilitarles el afrontamiento de sus necesidades individuales y como colectivo y, por otra parte, garantizar la tan necesaria coordinación entre niveles asistenciales y entre sectores (sanitario y social), consiguiendo la sinergia y continuidad de las acciones, que permitan el logro del objetivo de prevención marcado. Con el mismo propósito, se introducen, entre otras novedades, las posibilidades que nos ofrecen las nuevas tecnologías de la información y la comunicación.

En definitiva, el programa ACTIVA permite optimizar la gestión de los recursos existentes, siempre escasos, sentando las bases para la prestación estable de un servicio de calidad que haga frente a las necesidades de los usuarios y de los profesionales de una forma dinámica y flexible, adaptándose a la individualidad de cada caso particular y ofreciendo soluciones diferentes a realidades dinámicas.

Si bien el programa ACTIVA se inspira en los mismos principios que el *Anteproyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia* y es consistente con la participación que el anteproyecto contempla para las Comunidades Autónomas y las Entidades Locales, creando un marco autonómico en materia de atención a la dependencia, incorpora algunos aspectos que no están presentes en dicho anteproyecto, o no en el mismo sentido, y que consideramos necesarios para la adecuada atención a la dependencia cuando ésta busca, como se establece en los principios, un objetivo de prevención. En particular, creemos que el *Programa Gallego de Prevención de Dependencia* que proponemos debe modificar y/o ampliar el contenido del *Anteproyecto de Ley de Dependencia* en lo relativo a los siguientes aspectos:

- (1) La configuración de los servicios diferenciando según el objetivo de atención o cuidado y de promoción de la autonomía, donde se incluye la prevención de las situaciones de dependencia. Entendemos que todos los servicios sanitarios y sociales dirigidos a la atención a personas dependientes deben tener un objetivo último de prevención.
- (2) El hecho de que en el catálogo de servicios se mencionen únicamente los servicios sociales de atención a la dependencia, sin considerar explícitamente los servicios sanitarios. Si bien

la asistencia sanitaria es ya un derecho universal reconocido, su uso continuado, programado y coordinado debe formar parte del sistema de prevención.

- (3) Algunos de los requisitos exigidos para ser titular de los derechos establecidos por la *Ley de Dependencia* que, a nuestro juicio, impiden el cumplimiento del objetivo de prevención que inspira la propia ley. Para acceder al sistema es necesario tener tres o más años de edad, lo cual, aún desarrollando programas específicos de atención temprana, no garantiza los mismos derechos a los menores de tres años y a sus familias. Además, es necesario encontrarse en situación de dependencia en alguno de los grados establecidos. Este requisito impide que el sistema de prevención atienda a las personas que evolucionan hacia la dependencia. En el programa ACTIVA, todas las personas diagnosticadas de una patología que potencialmente genera discapacidad y dependencia son integradas en el sistema de prevención, independientemente de la edad y del grado de dependencia que presenten en la actualidad.
- (4) El procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia que debe iniciarse a instancia de la persona que pueda estar afectada por algún grado de dependencia o de quien ostente su representación. La garantía de que el derecho a participar en el Sistema es ejercido universalmente en condiciones de igualdad efectiva, como reza en otro de los principios que inspiran la ley, únicamente está garantizada si, de manera generalizada, las personas diagnosticadas de una patología que genera dependencia son derivadas por el propio Sistema al órgano que valora y emite el reconocimiento del derecho.

## PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE DEPENDENCIA

---

La realidad actual exige un nuevo marco legal y organizativo que regule la atención sociosanitaria, que potencie el trabajo multidisciplinar y en equipo y la coordinación entre los sectores social y sanitario para una mejor asignación de los recursos en un sistema cuya sostenibilidad debe asegurarse a largo plazo.

La atención universal de las personas dependientes, sus cuidadores familiares, la prevención de la dependencia ya instaurada y la de aquellas personas con patologías que evolucionan hacia una situación de dependencia, deberá ser controlada por un equipo sociosanitario coordinado, donde cada uno sepa cual es su papel y su responsabilidad dentro de la red asistencial.

El plan de atención integral a la dependencia que se propone (ACTIVA) se estructura en cuatro fases, en las que participan cinco “agentes” pertenecientes a los distintos niveles de los

servicios sanitario y social, con la colaboración de las asociaciones de afectados (véase el diagrama I, Pág. 82).

La atención a las personas en situación actual o potencial de dependencia y a sus cuidadores se aborda a partir de la red de Atención Primaria y los Servicios Sociales existente, manteniendo la continuidad del actual sistema. Pero, la existencia de servicios ofrecidos por estos agentes, que en nuestro planteamiento se corresponde con la **intervención directa** ofrecida en la fase 4 del programa, no es suficiente; para que el funcionamiento sea eficiente es necesario que todos los potenciales usuarios lleguen al programa, lo cual será garantizado con las actuaciones que se llevan a cabo en la fase 1 (**diagnóstico y detección**) y en la fase 2 (**valoración, orientación y prevención**). Además, es imprescindible establecer los mecanismos que permitan la correcta transmisión de información entre los diferentes agentes, mecanismos que deben, por una parte, garantizar una óptima coordinación sociosanitaria y, por otra parte, permitir la evaluación de los diferentes objetivos marcados para cada agente en cada fase del programa. Una representación esquemática de dicha coordinación es presentada en el diagrama II y la posición del usuario en el sistema de atención integral en el diagrama IV (Págs. 83 y 85 respectivamente).

Para que la coordinación tenga lugar, no basta con el diseño de las redes de transmisión de información y la buena voluntad de los agentes implicados, es necesario introducir algunas unidades o “agentes” encargados específicamente del funcionamiento integrado y coordinado de todo el sistema. En el programa ACTIVA la coordinación del sistema de atención a la dependencia se garantiza mediante:

- La creación de un nuevo organismo autonómico, a saber, el Consello do Servicio Galego de Dependencia, (véase el diagrama III, Pág. 84)
- La introducción de Unidades de Coordinación y Seguimiento en cada área sanitaria, encargadas de llevar a cabo la fase 3 del Programa de Prevención: **coordinación e intervención**.
- La reestructuración y reorientación de los actuales Equipos de Valoración y Orientación (EVO) para que, convertidos en Equipos de Valoración, orientación y Prevención (EVOP), se encarguen del desarrollo de la fase 2 del Programa: **valoración, orientación y prevención**.

La función de Prevención adoptada por los EVOP en Servicios Sociales, la creación de la estructura de las Unidades de Coordinación y Seguimiento (UCS) en las Xerencias de Atención Primaria de los Servicios Sanitarios y la coordinación de ambos sectores permitirá reorientar los servicios y la forma en que se organizan, posibilitando una respuesta adecuada y eficiente a las necesidades de atención y promoción de la autonomía personal de las personas dependientes o potencialmente dependientes.

Para establecer la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales se creará un sistema unificado de información con circuitos establecidos mediante una serie de protocolos e informes (véase el diagrama II, Pág. 83):

- **Protocolos de Detección – Derivación**, desde atención sanitaria especializada y Atención Primaria hacia los EVOP, mediante los cuales se detectará a las personas dependientes y a sus cuidadores.
- Detectados afectado y cuidador se emitirá, por parte de las **Juntas de Valoración** de los EVOP, un **informe social y sanitario** con las propuestas de actuaciones para la prevención de la dependencia que se remitirán a la Unidad de Coordinación y Seguimiento (UCS) correspondiente.
- La UCS se apoyará en los informes para elaborar el **Plan individualizado de actuación**, que transmitirá a los médicos y enfermeros comunitarios, y a los trabajadores sociales de los Ayuntamientos para llevar a cabo la intervención directa.
- Anualmente la UCS enviará a la Junta de Valoración de los EVOP un **informe anual** para evaluar el cumplimiento y efectividad de los programas, recursos y servicios puestos a disposición del afectado y del cuidador acreditado.
- Por su parte el EVOP emitirá a la Administración una **memoria anual** de resultados.

Estos circuitos de información funcionarán de manera eficiente si se da un proceso de informatización del Sistema que permita entender el proceso asistencial como un todo, donde la atención sociosanitaria funcione como algo integral orientado a los procesos y no como una atención por partes.



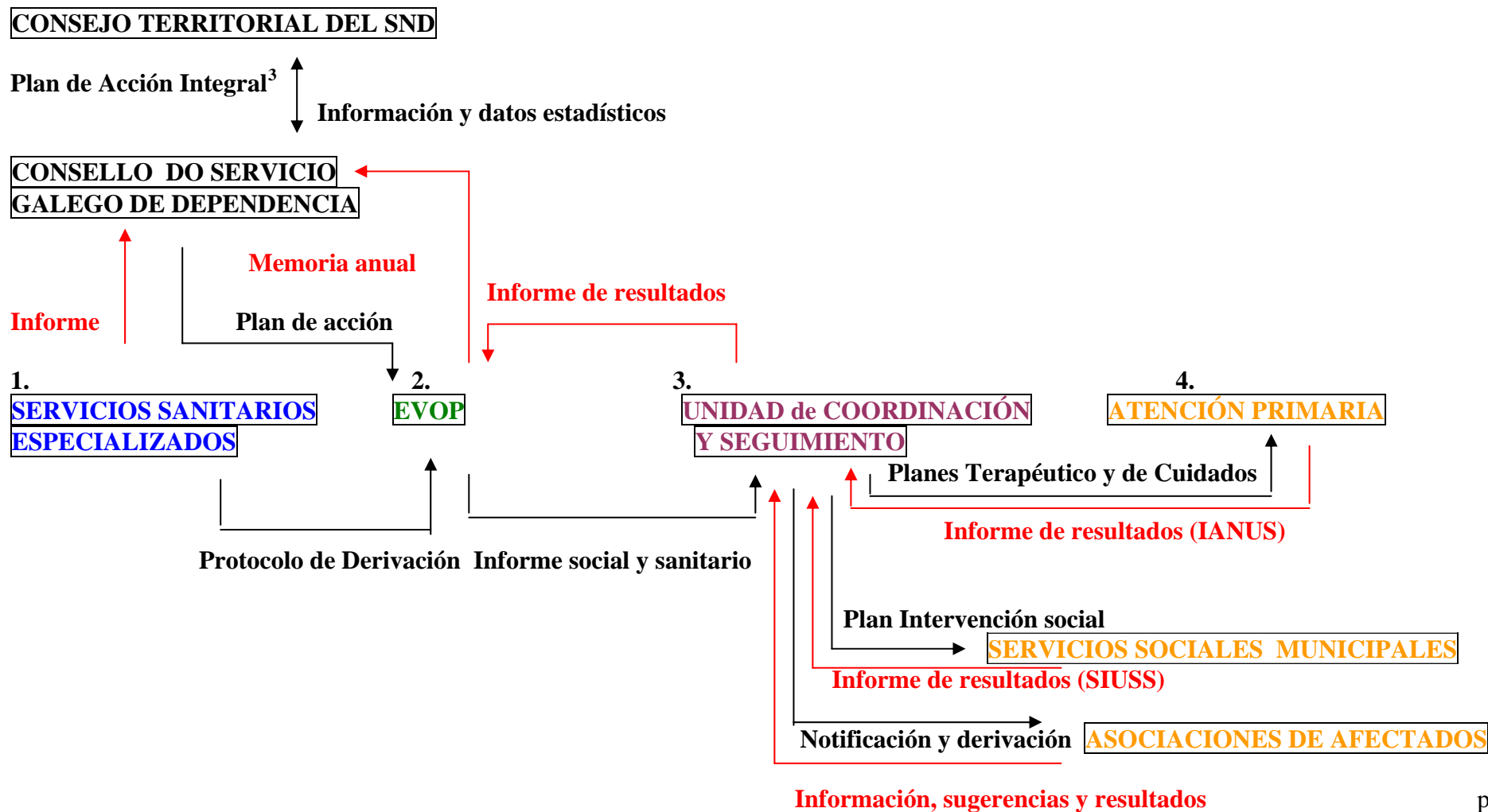
Diagrama I

PROGRAMA GALLEGO DE PREVENCIÓN DE DEPENDENCIA  
Actuación Coordinada- Test Integral para la Vida Autónoma (ACTIVA)

FASE	AGENTE PREVENCIÓN	EQUIPO PROFESIONAL	FUNCIONES / ACCIONES DE PREVENCIÓN
1. Diagnóstico Detección	SERVICIOS SANITARIOS ESPECIALIZADOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médicos Especialistas</li> <li>• Enfermera de procesos generadores de dependencia</li> <li>• Secretarías de Servicio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnosticar patología</li> <li>- Detectar dependencia</li> <li>- Derivar al programa de prevención mediante el “Protocolo de Derivación”</li> </ul>
2. Valoración Orientación Prevención	EVOP	<ul style="list-style-type: none"> <li>• EVOP (médico, trabajador social, psicólogo, terapeuta ocupacional, aparejador, estadístico)</li> <li>• Junta de valoración: EVOP + Médico y Enfermero de la Unidad de Coordinación y Seguimiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Citar afectado (+cuidador)</li> <li>- Valorar grado y nivel de dependencia</li> <li>- Realizar informes sanitario y social de orientación para prevención de dependencia</li> <li>- Derivar hacia la Unidad de Coordinación y Seguimiento para intervención preventiva</li> </ul>
3. Coordinación Intervención	Unidad Coordinación y Seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo UCS (médico, enfermero, trabajador social)</li> <li>• Equipo UCS + médico y enfermero de AP + Coordinador Servicios Sociales + representante asociación de afectados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborar Programas Individualizados de Atención sanitaria y social para prevención de dependencia.</li> <li>- Estudio de casos</li> <li>- Derivación a las unidades últimas de intervención directa</li> </ul>
4. Intervención Directa	AP Servicios Sociales Asociaciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médicos y Enfermeros de AP</li> <li>• Coordinador SS. SS + Trabajadores Sociales Municipales</li> <li>• Asociación de Afectados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Citar afectado (+ cuidador): cuidados sanitarios</li> <li>- Citar afectado (+ cuidador): intervención social</li> <li>- Información y asesoramiento a profesionales y usuarios</li> </ul>

Actuación Coordinada- Test Integral para la Vida Autónoma (ACTIVA)

REDES DE TRANSMISIÓN DE INFORMACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE DEPENDENCIA: Coordinación y Evaluación

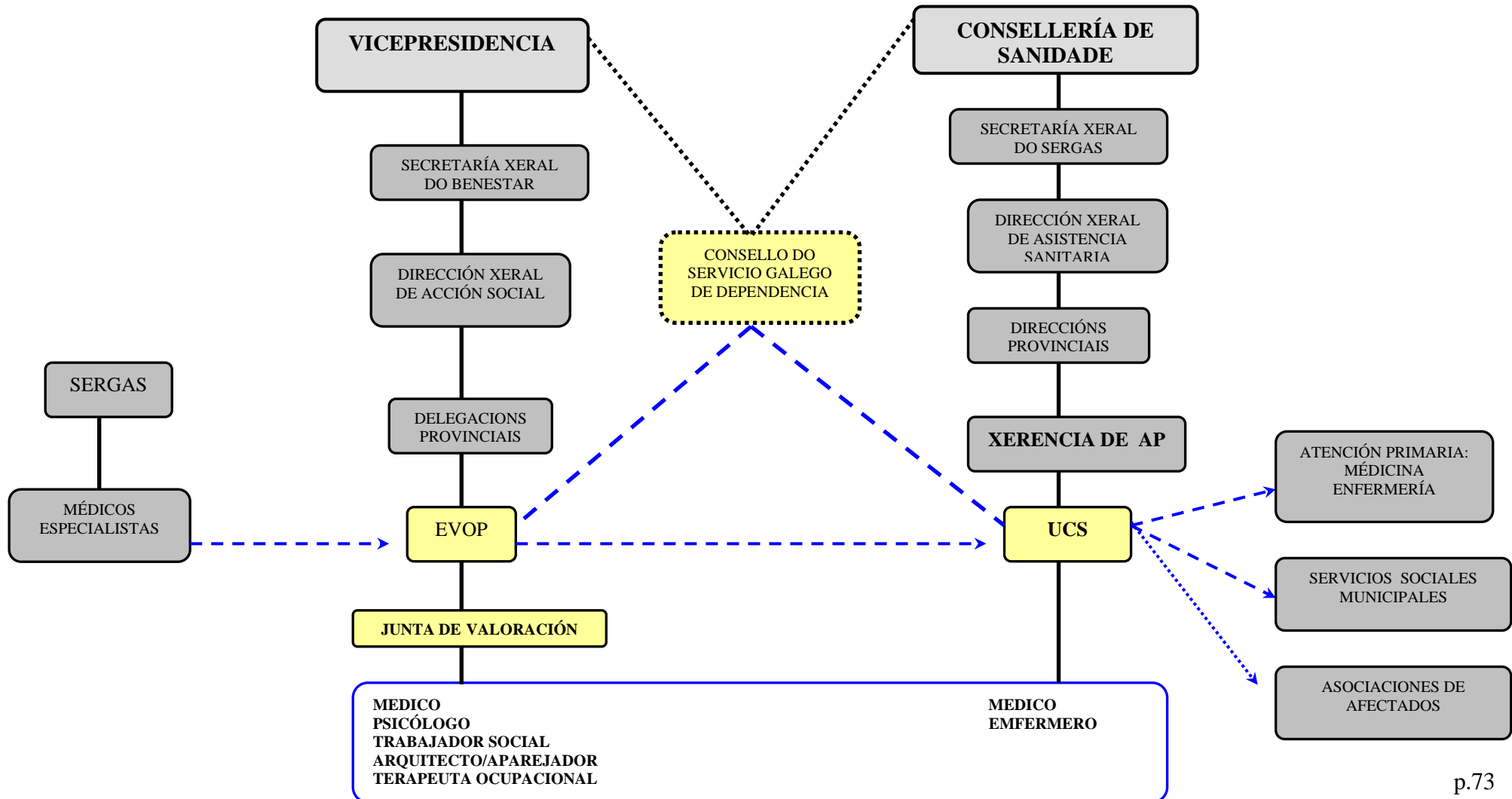


<sup>3</sup> A desarrollar mediante convenios entre la Administración General del Estado y cada una de las CC AA, de acuerdo con el anteproyecto de Ley de Dependencia.

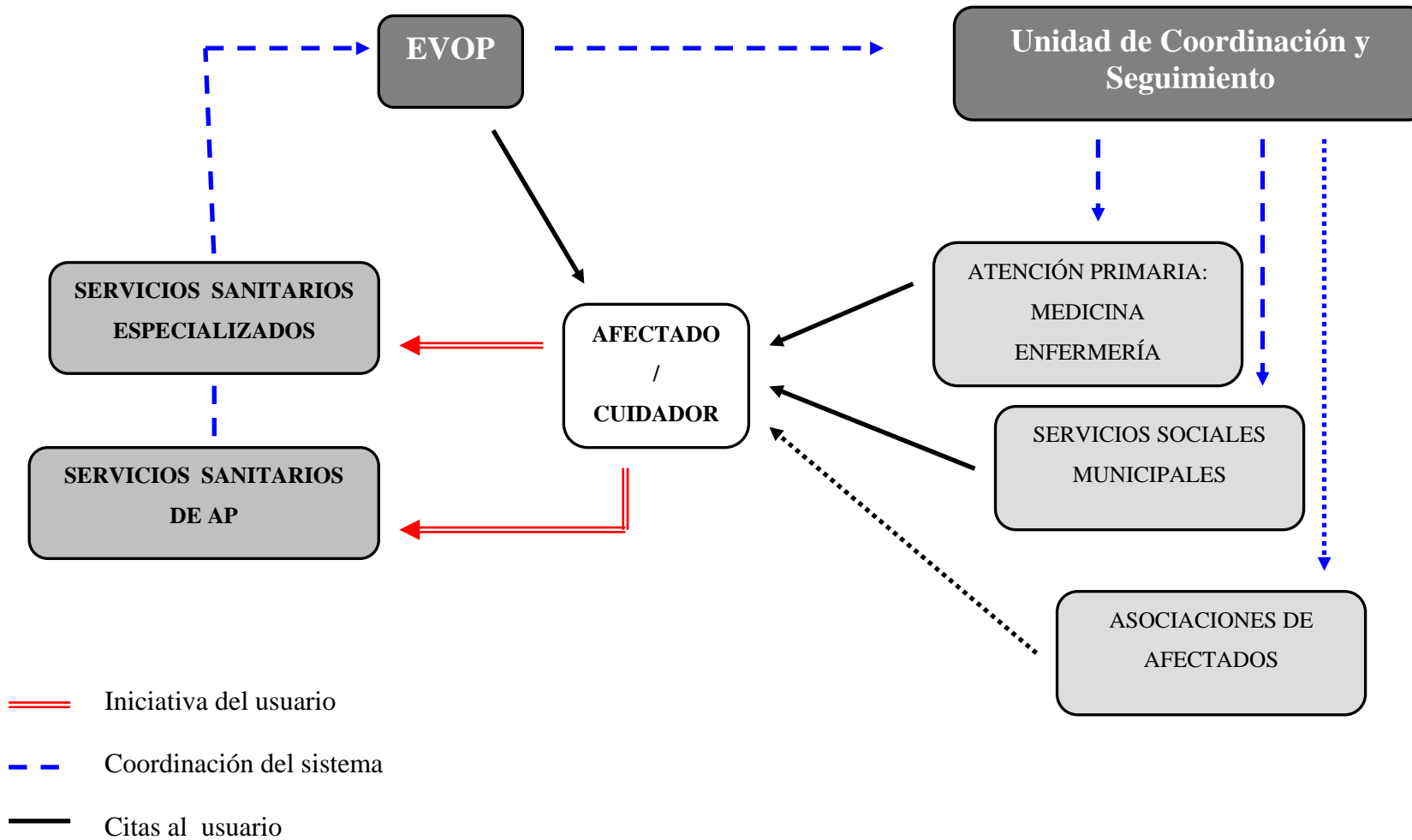
# ORGANIGRAMA DEL SISTEMA DE PREVENCIÓN DE DEPENDENCIA

Diagrama III

— Relaciones de dependencia  
 - - - - - Coordinación para la prevención



### EL USUARIO DENTRO DEL SISTEMA DE PREVENCIÓN DE DEPENDENCIA



## PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN

---

La Comunidad autónoma gallega, en virtud de sus competencias, contemplará los objetivos concretos que deberá cumplir cada año para la implantación de la *Ley de Autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia* y, además, se marcará sus propios objetivos en materia de prevención. Así, en principio, la implantación del *Programa Gallego de Prevención de Dependencia* tratará de adaptarse a la temporalización que marque el futuro Sistema Nacional de Dependencia, teniendo en cuenta la disponibilidad de recursos materiales y humanos para abordar las distintas fases, recursos que deberán ir adecuándose a la sucesiva entrada de usuarios en el Programa y teniendo en cuenta los objetivos propios del Programa de Prevención Autonómico.

El presente Programa deberá desarrollarse de forma progresiva durante los próximos tres años y medio hasta su implantación definitiva. Durante ese periodo, las actuaciones se adecuarán a la siguiente temporalización: en los primeros seis meses (2º semestre del 2006) se iniciarán aquellas actuaciones que se consideran prioritarias dentro de la atención integral a la dependencia en Galicia, en los tres años siguientes se llevarán a cabo de manera progresiva el resto de actuaciones.

Como paso previo a la implantación gradual, creemos que en el año 2006 se debería iniciar una experiencia piloto con pacientes dependientes de 0 a 65 años (niños, jóvenes y adultos) de un área sanitaria concreta (proponemos Vigo), con el Equipo de Valoración, Orientación y Prevención (EVOP) correspondiente a dicha área sanitaria, los Servicios Sociales del Ayuntamiento, y los equipos de Atención Primaria que habitualmente atienden a estas personas, para llevar a cabo la propuesta ACTIVA.

A lo largo de los tres años siguientes, la incorporación de los usuarios al Programa será progresiva, comenzando por las personas con grado y nivel de dependencia grave o severa (grados 3 y 2) y los cuidadores familiares de estas personas dependientes. Posteriormente se incorporarán las personas de grado y nivel de dependencia moderada (grado 1) y sus cuidadores familiares y, en la fase final, cuando el Programa esté totalmente implantado, se incorporarán también todas las personas susceptibles de llegar a ser dependientes, es decir, diagnosticadas de patologías o lesiones con pronóstico evolutivo hacia la dependencia.

Para que en cada etapa de implantación del Programa se puedan incorporar los usuarios indicados, éstos deben estar previamente identificados y registrados. Por tanto, en cada una de las etapas, las acciones correspondientes a las distintas fases de las que consta el Programa no serán aplicadas a todos los usuarios. En concreto, y a modo de ejemplo, la detección y derivación en la fase 1 será aplicada desde el primer momento a todos los potenciales usuarios (personas dependientes y personas afectadas por patologías que, previsiblemente, generarán dependencia en el futuro), para que todas estas personas puedan ser valoradas y registradas por el EVOP de manera que, aunque no participen de momento en programas de intervención, puedan ser incorporadas en un momento posterior a los programas correspondientes al *Programa Gallego de Prevención de Dependencia*. p.147



ACTUACIONES	AÑO			
	2º semestre 2006 ♦ Diseño Programa ♦ Uso experimental (un centro): Dependencia grave y cuidadores	2007 ♦ Implantación Programa ♦ Uso piloto (un área sanitaria): dependencia grave y severa, y cuidadores	2008 ♦ Programa completo ♦ Uso general (CC AA): dependencia grave, severa y moderada, y cuidadores	2009 ♦ Programa completo ♦ Uso general (CC AA): dependencia grave, severa y moderada, dependencia potencial y cuidadores
<b>FASE 1</b>				
Protocolo detección / derivación	- Diseño protocolo - Uso experimental	- Implantación en área	- Implantación CC AA	- Mantenimiento
Enfermera procesos generadores de dependencia	- Creación figura - Uso experimental	- Implantación en área	- Implantación CC AA	- Mantenimiento
Introducción software (IANUS)	- Adaptación programa - Uso experimental	- Introducción innovaciones - Aplicación	- Implantación	- Mantenimiento
Guías clínicas		- Elaboración	- Desarrollo	- Desarrollo
Consultas de alta resolución		- Creación - Uso experimental	- Desarrollo	- Desarrollo
Evaluación	- Diseño indicadores	- Adaptación - Indicadores para área	- Indicadores CC AA - Informe anual	- Indicadores CC AA - Informe anual

<b>FASE 2</b>				
<b>Equipos EVOP</b>	- Análisis de la transformación de los EVO en EVOP - Uso experimental	- Transformación de los equipos	- Adaptación y mantenimiento	- Adaptación y mantenimiento
Programas de Valoración, Orientación y Prevención para afectados y cuidadores	- Diseño - Uso experimental	- Implantación en área: Valoración: todos Derivación: dependencia grave y cuidadores	- Implantación CC AA Valoración: todos Derivación: dependencia grave y severa, y cuidadores	- Mantenimiento Valoración: todos Derivación: todos
Protocolos de coordinación sociosanitaria	- Diseño protocolos - Uso experimental	- Implantación área	- Implantación CC AA	- Mantenimiento
Registro unificado de personas dependientes y de cuidadores	- Diseño registros - Uso experimental	- Desarrollo y adaptación a la normativa	- Desarrollo	- Desarrollo
Guías de recursos y servicios	- Diseño	- Elaboración	- Distribución	- Distribución
Página web	- Diseño	- Elaboración	- Mantenimiento y difusión	- Mantenimiento y difusión
Evaluación	- Diseño indicadores	- Adaptación - Indicadores para área	- Indicadores CC AA - Memoria anual	- Indicadores CC AA - Memoria anual



<b>FASE 3</b>				
<b>UCS</b>	- Diseño de las Unidades - Uso experimental	- Implantación en área	- Implantación CC AA	- Mantenimiento
Programas de atención: afectado y cuidador	- Diseño - Uso experimental	- Implantación en área	- Implantación CC AA	- Implantación <b>CC AA</b>
Programa de formación relativa a la dependencia		- Diseño del programa	- Desarrollo	- Desarrollo
Plan de préstamo de ayudas técnicas	- Diseño - Uso experimental	- Implantación en área	- Implantación CC AA	- Mantenimiento
Protocolos de coordinación sociosanitaria	- Diseño protocolos - Uso experimental	- Implantación en área	- Implantación CC AA	- Mantenimiento
Campañas de divulgación y sensibilización		- Diseño y Desarrollo	- Mantenimiento	- Mantenimiento
Tiempo y código de consultas para usuarios del Programa Gallego de Prevención	- Estudio	- Implantación en área	- Implantación CC AA	- Mantenimiento
Criterio de adjudicación del nº de usuarios y reorganización	- Estudio: Valoración de cargas de trabajo asociadas a la consulta de dependencia	- Implantación área - Revisión criterio de adjudicación	- Implantación CC AA	- Mantenimiento
Estandarización de información	- Diseño	- Adaptación y desarrollo - Implantación en área	- Implantación CC AA	- Mantenimiento
Evaluación	- Diseño indicadores	- Adaptación - Indicadores para área	- Indicadores CC AA - Informe anual	- Indicadores CC AA - Informe anual

<b>FASE 4</b>				
<b>Atención Primaria</b>				
Planes individuales de atención: terapéutico y de cuidados	- Valoración protocolos, e informes existentes - Diseño planes - Uso experimental	- Implantación en área	- Implantación CC AA	- Implantación total
Protocolos de coordinación con UCS	- Diseño	- Desarrollo - Implantación área	- Implantación CC AA	- Mantenimiento
Introducción Software IANUS		- Implantación área	- Implantación CC AA	- Mantenimiento
“Reuniones de coordinación”	- Valorar horas semanales de coordinación interna: reservar tiempo en agendas y codificar. - Valorar horas mensuales de presentación de casos en UCS	- Implantación en área - Adaptación	- Implantación CC AA - Adaptación plantillas	- Mantenimiento
Estandarización de información	- Diseño	- Adaptación y desarrollo - Implantación en área	- Implantación CC AA	- Mantenimiento
Evaluación	- Diseño indicadores	- Adaptación - Indicadores para área	- Indicadores CC AA - Informes semestrales	- Indicadores CC AA - Informes semestrales

<b>Servicios Sociales</b>				
Coordinador de Situaciones de Dependencia	- Creación figura - Uso experimental	- Implantación en área	- Implantación CC AA	- Mantenimiento
Red de recursos	- Diseño - Uso experimental	- Implantación en área	- Implantación CC AA	- Mantenimiento
Plan individualizado de intervención social para afectado y cuidador	- Valoración y adaptación de protocolos e informes existentes - Uso experimental	- Implantación en área	- Implantación CC AA	- Mantenimiento
Protocolos de Coordinación con la UCS	- Diseño	- Implantación en área	- Implantación CC AA	- Mantenimiento
Introducción Software SIUSS	- Estudio de compatibilidad con informes para UCS	- Implantación en área	- Implantación CC AA	- Mantenimiento
Guía de recursos		- Elaboración	- Actualización - Distribución	- Actualización - Distribución
“Reuniones de coordinación”	- Valorar nº de horas semanales de coordinación interna. - Valorar nº de horas mensuales reunión UCS	- Implantación en área - Adaptación	- Implantación CC AA - Adaptación plantillas	- Mantenimiento
Estandarización de información	- Diseño	- Adaptación y desarrollo - Implantación en área	- Implantación CC AA	- Mantenimiento
Evaluación	- Diseño indicadores	- Adaptación - Indicadores para área	- Indicadores CC AA - Informes	- Indicadores CC AA - Informes

<b>Asociaciones de afectados (Colaboración)</b>				
Actualización de datos de las entidades (objetivos, prestaciones, servicios)	- Elaboración guías - Envío al Consello do Servicio Gallego de Dependencia	- Actualización	- Actualización	- Actualización
Acreditación como prestadoras de servicios	- Diseño y/o adaptación de la normativa	- Implantación en área	- Implantación CC AA	- Mantenimiento
Protocolos coordinación UCS	- Diseño - Uso experimental	- Implantación en área	- Implantación CC AA	- Mantenimiento
Estandarización de información (Asociaciones Acreditadas)	- Diseño	- Adaptación y desarrollo - Implantación en área	- Implantación CC AA	- Mantenimiento
Evaluación (Asociaciones Acreditadas)	- Diseño indicadores	- Adaptación - Indicadores para área	- Indicadores CC AA - Informes	- Indicadores CC AA - Informes

En la actualidad, la atención integral a la dependencia con un objetivo de prevención se ve dificultada por, entre otros motivos, la existencia de los siguientes problemas:

- La diversidad de las administraciones y agentes implicadas, Servicios Sociales, Sanidad, Administraciones Locales, Asociaciones de Afectados, Fundaciones, Voluntariado, etc.
- La falta de un sistema de comunicación unificado y de protocolos sistematizados que permitan la colaboración, el trabajo interdisciplinar y la planificación integral de la asistencia.

El Programa de Prevención de Dependencia (ACTIVA) propuesto da una respuesta a estos problemas, pero para garantizar el funcionamiento efectivo del Programa es necesario que las distintas Administraciones, además de destinar los recursos necesarios, contemplen las adaptaciones y/o modificaciones de leyes, normas, estructuras,... que permitan la implantación de dicho Programa. En particular, es necesario que la Administración Autonómica modifique la normativa existente y/o crea nuevas normas que permitan:

- La implantación y la implementación del Protocolo de Detección – Derivación.
- Modificar el actual Decreto que regula los EVO para incorporar convertirlos en EVOP.
- La creación de una **Unidad de Coordinación y Seguimiento** (UCS) en las Gerencias de Atención Primaria.
- Formalizar convenios entre Sanidad y Servicios Sociales que permitan:
  - Acceder, canalizar y derivar la información, (como por ejemplo, la autorización del uso de la Hª Clínica sanitaria por parte de los **EVOPS**).
  - La incorporación del Médico y el Enfermero de la **UCS** (Servicios Sanitarios) en el reconocimiento de afectados y en las **Juntas de Valoración** de los **EVOP** (Servicios Sociales)
  - La transmisión de información entre **Servicios Sociales Municipales** y la **UCS** (Servicios Sanitarios).

