

ESTRATEGIA PARA A  
PREVENCIÓN E DETECCIÓN  
PRECOZ DA DEPENDENCIA  
EN GALICIA.

**HORIZONTE 2020**

**Edita:**

Xunta de Galicia  
Consellería de Traballo e Benestar  
Secretaría Xeral de Política Social, 2013

D. L.: C 744-2013  
Maquetación: ográfico

ESTRATEGIA PARA A  
PREVENCIÓN E DETECCIÓN  
PRECOZ DA DEPENDENCIA  
EN GALICIA.

**HORIZONTE 2020**

**Xunta de Galicia**

Consellería de Traballo e Benestar  
Secretaría Xeral de Política Social

2013



# ÍNDICE

PRESENTACIÓN	9
<b>1 CAPÍTULO I. DIAGNÓSTICO DA SITUACIÓN DE PARTIDA</b>	<b>11</b>
1.1 Introducción	12
1.2 Datos sobre evolución recente e futura da poboación en Galicia	12
1.2.1 Evolución da poboación en Galicia no último decenio e situación actual	12
1.2.2 Índice de envellecemento e sobreenvellecemento en Galicia	16
1.2.3 Análise das previsións de evolución da poboación en Galicia cara aos anos 2015 e 2020	17
1.2.4 Evolución prevista da poboación nos distintos concellos de Galicia	22
1.3 Análise da situación laboral das persoas traballadoras de máis idade en Galicia	25
1.4 Análise das condicións de traballo das persoas traballadoras de máis idade e sinistralidade laboral en Galicia	29
1.4.1 Percepción dos riscos para a saúde	31
1.4.2 Enfermidades profesionais e sinistralidade laboral en Galicia	34
1.5 Cuantificación das persoas con discapacidade e persoas en situación de dependencia recoñecida en Galicia	34
1.5.1 Persoas con discapacidade	34
1.5.2 Cuantificación das persoas en situación de dependencia	39
1.5.3 Proxeccións da poboación con dependencia en Galicia para os anos 2015 e 2020	39
1.6 As novas tecnoloxías e a dependencia	41
1.6.1 A situación actual	42
1.6.2 Grupos de novas tecnoloxías	43
1.6.3 Tipos de servizos que se poden ofertar mediante TIC	44
1.6.4 Incremento da oferta de TIC	46
1.6.5 Adecuación das TIC no futuro próximo	49
<b>2 CAPÍTULO II. ESTRATEXIA PARA A PREVENCIÓN E DETECCIÓN PRECOZ DA DEPENDENCIA EN GALICIA, HORIZONTE 2020. PROPOSTAS DE ACTUACIÓN</b>	<b>51</b>
2.1 Introducción. Marco conceptual e contextual	51
2.2 Obxectivos	55
2.3 Poboación diana	56
2.4 Definición da estrutura matriz da estratexia	59
2.5 Propostas de actuación por áreas	62
<b>ÁREA DE ACTUACIÓN 1. Educación e concienciación da cidadanía</b>	<b>62</b>
OBXECTIVO OPERATIVO 1.1. Concienciar e formar profesionais de diversos ámbitos sobre os beneficios de educar na prevención da dependencia	62
OBXECTIVO OPERATIVO 1.2. Fomentar actitudes positivas cara ao coidado da saúde e á promoción da autonomía persoal	63
OBXECTIVO OPERATIVO 1.3. Contribuír á prevención de accidentes domésticos, laborais, de tráfico e outros que poidan provocar situacións de dependencia	66
OBXECTIVO OPERATIVO 1.4. Promover o recoñecemento do labor de coidado e das persoas que o levan a cabo	69
OBXECTIVO OPERATIVO 1.5. Facilitar o acceso á información sobre recursos e servizos de prevención existentes	69

ÁREA DE ACTUACIÓN 2. Contribución ao aumento da esperanza de vida libre de dependencia	71
OBXECTIVO OPERATIVO 2.1. Promover a autonomía a través da orientación, o consello individualizado e a formación para decidir sobre o proxecto de vida futuro	71
OBXECTIVO OPERATIVO 2.2. Fomentar a prevención da dependencia e promoción da autonomía persoal mediante o uso de servizos e recursos	72
OBXECTIVO OPERATIVO 2.3. Facilitar a accesibilidade universal como requisito indispensable para unha vida autónoma	75
OBXECTIVO OPERATIVO 2.4. Desenvolver medidas preventivas para diminuír a aparición dos factores de risco máis frecuentes que afectan o desenvolvemento da persoa	77
OBXECTIVO OPERATIVO 2.5. Establecer servizos de apoio para o desenvolvemento profesional e social das persoas en situación de risco de dependencia	79
ÁREA DE ACTUACIÓN 3. Mellora do diagnóstico e da calidade de vida das persoas con dependencia moderada	82
OBXECTIVO OPERATIVO 3.1. Promover o diagnóstico precoz da poboación en situación de dependencia moderada ou en risco de padecela, en especial das persoas máis vulnerables a sufrir este tipo de situacións	82
OBXECTIVO OPERATIVO 3.2. Impulsar a detección e rehabilitación precoz en centros aos que acoden persoas maiores e persoas con discapacidade	83
OBXECTIVO OPERATIVO 3.3. Favorecer a permanencia no domicilio e contorno habitual durante o maior tempo posible	86
OBXECTIVO OPERATIVO 3.4. Reforzar a adaptación progresiva dos programas individuais de atención	87
OBXECTIVO OPERATIVO 3.5. Atender as necesidades singulares das persoas con dependencia moderada en situacións de vulnerabilidade social	88
ÁREA DE ACTUACIÓN 4. Apoio ao contorno familiar e estímulo da participación cidadá	90
OBXECTIVO OPERATIVO 4.1. Reforzar a atención sobre a saúde das persoas coidadoras	90
OBXECTIVO OPERATIVO 4.2. Facilitar a estabilidade emocional e a cohesión das familias coidadoras	91
OBXECTIVO OPERATIVO 4.3. Establecer un marco de apoio para a mellora do benestar das familias e o bo coidado	92
OBXECTIVO OPERATIVO 4.4. Promover a implicación social a través do terceiro sector, do voluntariado e do movemento asociativo para ampliar as potencialidades do novo modelo de prevención da dependencia	94
ÁREA DE ACTUACIÓN 5. Investigación e innovación para ampliar a vida saudable e autónoma das persoas	97
OBXECTIVO OPERATIVO 5.1. Mellorar o estado de coñecemento sobre a realidade social e a potencialidade da innovación	97
OBXECTIVO OPERATIVO 5.2. Impulsar a innovación para a prevención, detección e diagnóstico precoz de situacións de dependencia	99
OBXECTIVO OPERATIVO 5.3. Promover unha vida autónoma e activa, principalmente mediante solucións TIC e novos recursos para actividades preventivas e hábitos saudables	101
OBXECTIVO OPERATIVO 5.4. Facilitar o intercambio de ideas e a cooperación a prol dunha innovación de excelencia	104
ÁREA DE ACTUACIÓN 6. Reforzo e mellora continua dos recursos dedicados á prevención da dependencia	106
OBXECTIVO OPERATIVO 6.1. Promover a creación de valor a través das persoas	106
OBXECTIVO OPERATIVO 6.2. Fomentar a calidade dos servizos e programas relacionados	108
OBXECTIVO OPERATIVO 6.3. Incorporación de modelos de xestión por valores e orientados á excelencia nos resultados	109
OBXECTIVO OPERATIVO 6.4. Buscar novas sinerxías a través da coordinación e cooperación	111
OBXECTIVO OPERATIVO 6.5. Incorporar a perspectiva de xénero de forma transversal	113

3	CAPÍTULO III. ANÁLISE DE EFICIENCIA DA IMPLANTACIÓN DA ESTRATEXIA	115
3.1	Antecedentes	115
3.2	Custo da dependencia. Estimación da eficiencia da prevención da dependencia en Galicia	116
4	ANEXOS	119
	ANEXO I. Metodoloxía	119
	ANEXO II. Composición do comité redactor e da comisión de seguimento	126
	ANEXO III. Composición dos grupos de traballo para a elaboración da estratexia e grupos de investigación participantes na consulta	127
	ANEXO IV. Bibliografía consultada	130
	ANEXO V. Índice de gráficos e mapas	138
	ANEXO VI. Índice de táboas	139





# PRESENTACIÓN

O Goberno da Xunta de Galicia, a través da Consellería de Traballo e Benestar (Secretaría Xeral de Política Social) puxo en marcha en 2012 unha nova iniciativa: a elaboración dunha estratexia marco para a prevención e detección precoz da dependencia en Galicia.

A razón principal desta decisión atópase na consideración da prevención da dependencia como un acto de priorización de intervencións públicas no ámbito social para a mellora da calidade de vida da poboación galega, así como de racionalidade económica e solidaria coas futuras xeracións. A protección e mellora da calidade de vida das persoas é fundamental para que Galicia poida medrar e ser sostible e cómpre que nesta tarefa se impliquen todas as administracións públicas, as entidades privadas e as persoas que integramos o corpo social e político desta comunidade autónoma.

O aumento da esperanza de vida, as melloras na saúde pública, na atención sanitaria e dos servizos sociais, así como a adopción de determinados estilos de vida condicionou en parte as características das situacións de dependencia existentes hoxe en día ou en risco. É preciso reforzar o compromiso co envellecemento activo e o benestar das persoas maiores e persoas con discapacidade, un colectivo prioritario para a Xunta de Galicia.

O goberno galego, consciente disto e de que o enfoque preventivo é unha das claves máis efectivas para lograr un envellecemento activo e unha forma tamén de atención á dependencia, xa que contribúe a unha autonomía persoal máis duradeira, presenta neste documento a ***Estratexia para a prevención e detección precoz da dependencia en Galicia, horizonte 2020***, cuxa abordaxe constitúe unha importante **responsabilidade social e política e o compromiso** cun modelo sociosanitario e educativo mellor preparado para afrontar a prevención desde todos os ámbitos.

A través desta estratexia establécense unha serie de obxectivos e recomendacións que permitirán orientar a organización e funcionamento dos diferentes servizos (sociais, sanitarios e educativos) cara a unha mellora das condicións de vida das persoas en termos de saúde e autonomía persoal, cara á prevención dos factores de risco e de limitacións funcionais e á atención integral. Son propostas de actuación que se deberán ir concretando nos próximos anos para a consecución dos obxectivos definidos e coa colaboración de todas as administracións, axentes sociais e colectivos implicados.

A concienciación social en relación coa adopción de hábitos de vida saudables, o aumento da esperanza de vida libre de dependencia e a mellora da calidade de vida das persoas que se atopan xa nunha situación de dependencia son obxectivos desta estratexia, que marcará a folia de ruta das políticas de prevención e promoción da autonomía persoal nos próximos anos.

A estratexia elaborouse cun enfoque fundamentalmente participativo, cunha resposta de case o 70% das persoas e entidades convocadas en grupos de traballo e case a metade no nivel de resposta dos grupos de investigación universitarios de Galicia consultados. Tamén se levou a cabo un intenso traballo de diagnóstico da situación en base a fontes secundarias de datos estatísticos e outras fontes documentais relacionadas coa materia. Nestas páxinas recóllese o resultado principal do traballo realizado.

Este documento estrutúrase en tres capítulos:

- Capítulo 1, no que se realiza un diagnóstico da situación a partir dos datos estatísticos dispoñibles na materia. Inclúe, así mesmo, unha reflexión sobre as novas tecnoloxías e a dependencia.
- Capítulo 2, no que se describe a estratexia de prevención e detección precoz da dependencia en Galicia con todas as propostas de actuacións suxeridas e distribuídas en seis áreas de actuación; todo isto precedido dunha descrición do marco conceptual, dos obxectivos xerais, da poboación diana da estratexia e da estrutura matriz desta.
- Capítulo 3, no que se describe brevemente o traballo que se levará a cabo para realizar unha análise de eficiencia da implantación da estratexia desde a perspectiva de custo-beneficio, co obxecto de cuantificar en termos económicos as vantaxes da implantación dunha estratexia de corte preventivo como a que é obxecto deste documento.

Cada capítulo, pola súa vez, está integrado por un apartado de introdución/marco contextual ou antecedentes seguido dunha serie de epígrafes que recollen os contidos pertinentes.

O capítulo 2 constitúe a esencia do documento por ser neste onde se atopa a estratexia marco propiamente dita, conformada por preto de 400 propostas de actuación coas que intervir preventivamente na poboación de Galicia cara á redución da incidencia da dependencia e á promoción da autonomía persoal.

Pecha o documento un apartado de anexos con información de grande interese, relativa á descrición da metodoloxía adoptada no proceso de elaboración e á descrición dos grupos de traballo e grupos de investigación participantes, así como a bibliografía consultada e os índices de gráficos e táboas.

# CAPÍTULO I.

## DIAGNÓSTICO DA SITUACIÓN DE PARTIDA

### 1.1 INTRODUCCIÓN

Neste capítulo preséntanse unha serie de datos estatísticos que axudan a conformar unha foto da poboación obxecto da estratexia; por un lado, con relación ao conxunto da poboación na comunidade galega incluídos os índices de envellecemento e sobreenvellecemento, e por outro lado, con relación a grupos de poboación específicos, pola súa importancia nunha estratexia deseñada para previr situacións de dependencia.

No primeiro caso, porque é importante coñecer en termos cuantitativos o conxunto da poboación galega e como se comporta desde unha perspectiva evolutiva e por grupos de idade e sexo, pois parte das actuacións da estratexia (e futuros plans) están dirixidas a toda a cidadanía.

No segundo caso, porque se deben implantar actuacións dirixidas a grupos concretos que se atopan en situación de maior risco de sufrir dependencia nun futuro. Os ditos grupos están constituídos polas persoas maiores, as persoas con discapacidade (recoñecida oficialmente ou autovalorada), persoas en situación de dependencia, e tamén, por consideralo de enorme importancia no marco de determinadas actuacións preventivas, as persoas traballadoras de máis idade (próximas por tanto á xubilación); é importante saber cantas son, como perciben os riscos para a súa saúde no traballo e como se comportan en relación coas enfermidades profesionais e accidentes laborais. Por iso analízanse as enfermidades profesionais e sinistralidade laboral entre a poboación traballadora de Galicia en función da idade.

Tamén se facilitan datos relativos aos salarios medios pola importancia que pode ter este dato como indicador do poder adquisitivo da poboación en Galicia desde a perspectiva da asunción (total ou parcial) de servizos á dependencia.

Así mesmo, inclúese unha análise da previsión da evolución da poboación en Galicia nos próximos anos, por zonas xeográficas e por idades, así como unha previsión do número de persoas en situación de dependencia, claves no deseño e na planificación de intervencións de carácter preventivo e detección precoz.

En definitiva, a idade, a discapacidade, as situacións de dependencia e outros indicadores de risco como claves para a selección de datos estatísticos.

Polo tanto, nas páxinas seguintes recóllese unha síntese da análise realizada na primeira fase do proceso de elaboración da estratexia para investigar e configurar o diagnóstico da situación de partida. O resto da análise estará dispoñible no documento complementario e anexo a este, no que se achega unha análise máis detallada das variables e aspectos que se avanza neste capítulo e do módulo de dependencia 2011 da Enquisa de condicións de vida das familias, do Instituto Galego de Estatística.

Por último, este capítulo recolle unha interesante descrición e reflexión da relación existente entre as novas tecnoloxías e a dependencia, polo importante papel das primeiras na promoción da autonomía persoal e na prevención e detección precoz de situacións de dependencia. A dita reflexión baséase na información extraída do Observatorio de Vixilancia Tecnolóxica do Sector. Visión 2020.

## 1.2 DATOS SOBRE EVOLUCIÓN RECENTE E FUTURA DA POBOACIÓN EN GALICIA

### 1.2.1 Evolución da poboación en Galicia no último decenio e situación actual

Segundo datos dispoñibles da poboación en Galicia, do Instituto Galego de Estatística, a 1 de xaneiro de 2011 había na comunidade autónoma un total de 2.795.422 persoas, das cales 1.445.831 (o 51,72%) eran mulleres. O crecemento interanual medio entre o ano 2002 e o ano 2011 foi do 0,23%, cun máximo do 0,50% no 2003 e un mínimo do -0,08% no ano 2011. A provincia da Coruña é a que presenta un maior volume de poboación (o 41,04%), seguida de Pontevedra (34,47%), Lugo (12,58%) e Ourense (11,92%).

Táboa 1. Poboación en Galicia 2011 por provincia e sexo

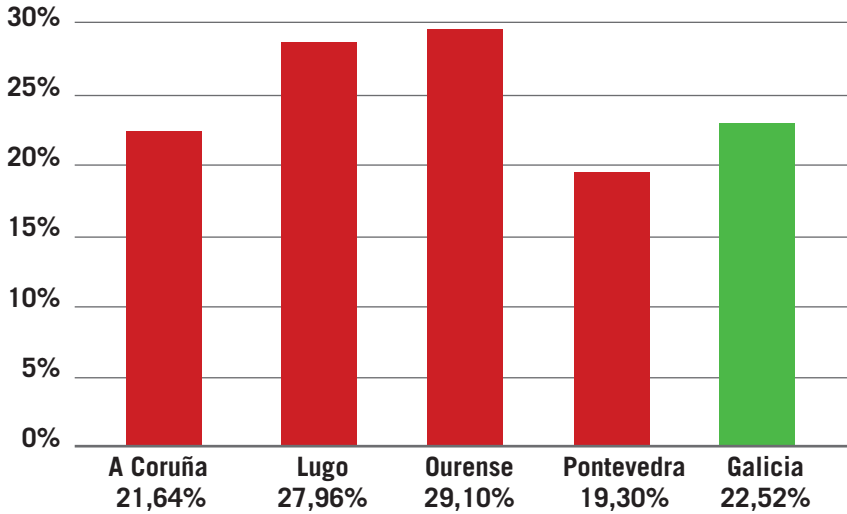
	Total	Homes	Mulleres	Peso mulleres
<b>A Coruña</b>	1.147.124	551.476	595.648	51,93%
<b>Lugo</b>	351.530	170.854	180.676	51,40%
<b>Ourense</b>	333.257	160.570	172.687	51,82%
<b>Pontevedra</b>	963.511	466.691	496.820	51,56%
<b>Galicia</b>	<b>2.795.422</b>	<b>1.349.591</b>	<b>1.445.831</b>	<b>51,72%</b>

Fonte: elaboración propia a partir dos datos oficiais de poboación a 01/01/2011, Instituto Galego de Estatística.

Un dos principais factores de risco de atoparse en situación de dependencia é a idade, de aí que se realice nesta análise unha contextualización demográfica da situación no ano 2011 da **poboación de persoas maiores**, así como da súa evolución máis recente.

En 2011 había en Galicia 629.477 persoas maiores (de 65 e máis anos), o que supón o 22,52% do total da poboación galega, porcentaxe que no caso das provincias de Ourense e Lugo ascende a un 29,1% e 27,96%, respectivamente.

Gráfico 1. Representatividade da poboación de persoas maiores sobre a poboación total:  
Galicia e provincias



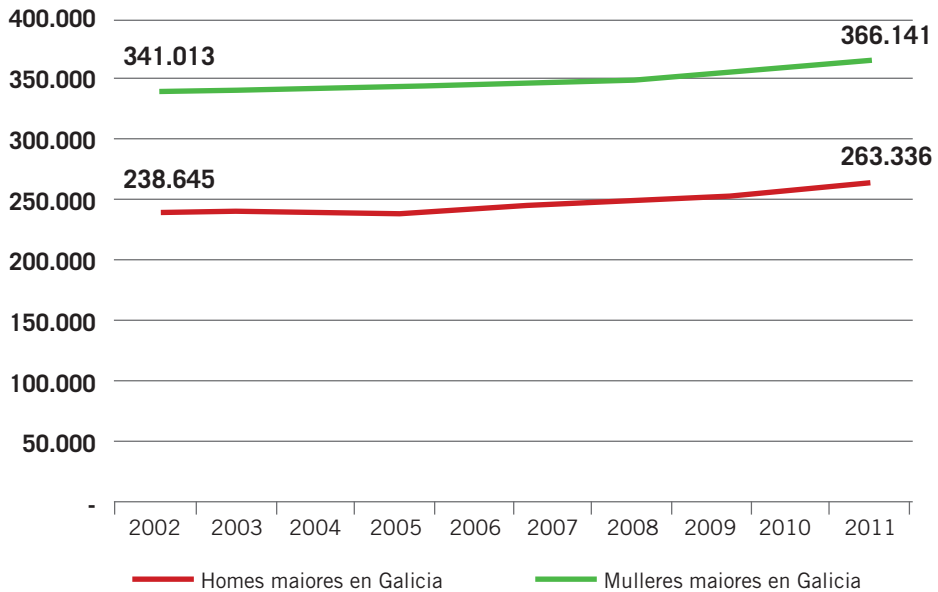
Fonte: elaboración propia a partir dos datos oficiais de poboación a 01/01/2011, Instituto Galego de Estatística.

O crecemento interanual medio das persoas maiores entre o ano 2002 e o ano 2011 foi do 0,92%, cun máximo do 1,58% no 2011 e un mínimo do 0,08% no ano 2004. O crecemento interanual medio das mulleres maiores no mesmo período foi do 0,79%, cun máximo no 2009 do 1,38% e un mínimo no 2004 do 0,05%. No caso dos homes maiores, o seu crecemento interanual medio foi do 1,10%, e o seu máximo foi no 2011 do 1,99% e o seu mínimo do 0,06% no 2005.

## I. DIAGNÓSTICO DA SITUACIÓN DE PARTIDA

### DATOS SOBRE EVOLUCIÓN RECENTE E FUTURA DA POBOACIÓN EN GALICIA

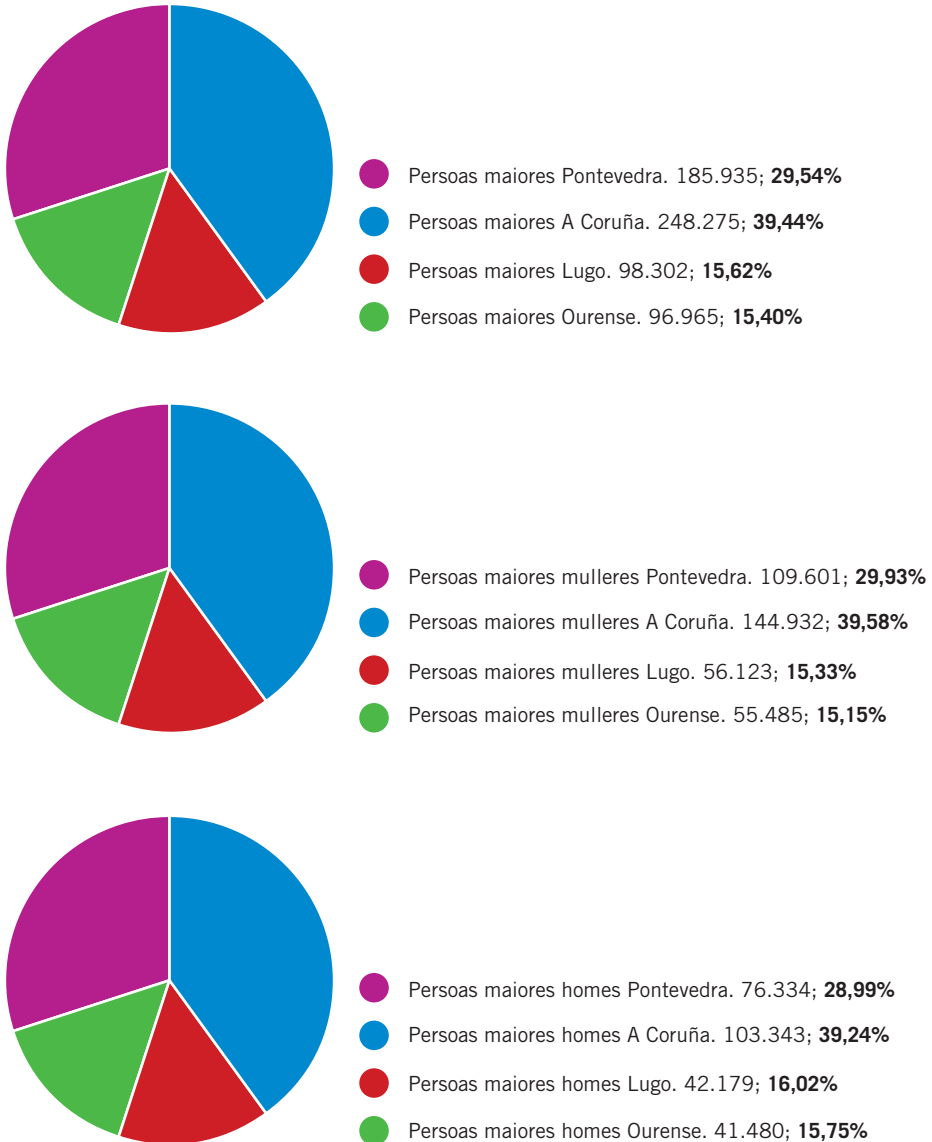
Gráfico 2. Evolución de mulleres e de homes maiores en Galicia no último decenio



Fonte: elaboración propia a partir dos datos oficiais de poboación a 01/01/2011, Instituto Galego de Estatística.

Os gráficos seguintes amosan a distribución provincial, no ano 2011, da poboación maior en Galicia, así como a distribución por provincias das mulleres maiores e dos homes maiores.

Gráfico 3. Distribución provincial das persoas maiores en Galicia 2011:  
global, mulleres e homes



Fonte: elaboración propia a partir dos datos oficiais de poboación a 01/01/2011, Instituto Galego de Estatística.

Mentres que para a poboación total as provincias de Lugo e Ourense roldan o 12% da poboación de Galicia, no colectivo de persoas maiores superan en ambos os dous casos o 15%, indicador dun maior avellentamento da poboación nestas provincias.

## I. DIAGNÓSTICO DA SITUACIÓN DE PARTIDA

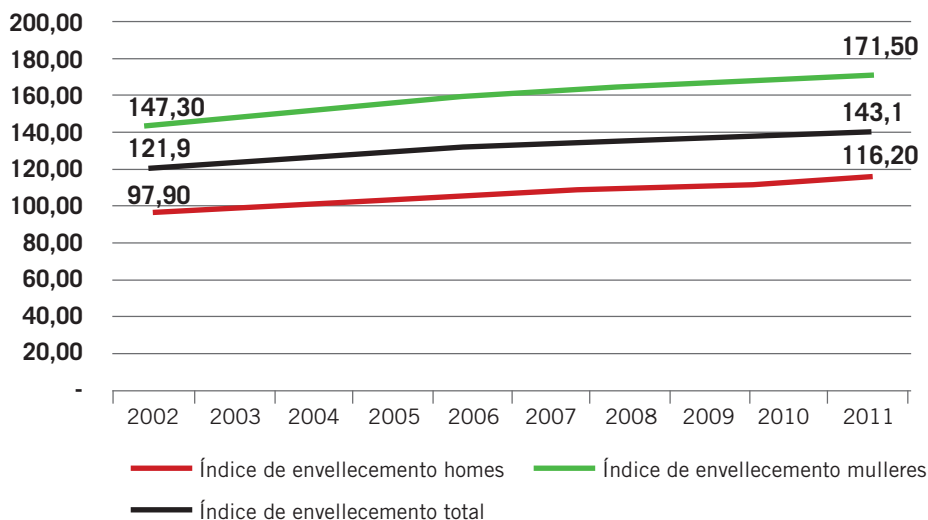
### DATOS SOBRE EVOLUCIÓN RECENTE E FUTURA DA POBOACIÓN EN GALICIA

#### 1.2.2 Índice de envellecemento e sobreenvellecemento en Galicia

Un dos indicadores máis utilizados para medir a composición da poboación por idades é o **índice de envellecemento**. Cando este índice supera o 100% considérase que a poboación está envellecida.

**Índice de envellecemento = Poboación de 65 e máis anos x 100/Poboación menor de 20 anos.**

Gráfico 4. Evolución do índice de envellecemento en Galicia no último decenio



Fonte: elaboración propia a partir dos datos de indicadores demográficos con data de actualización 12/04/2012, Instituto Galego de Estatística.

O crecemento interanual medio do índice de envellecemento entre o ano 2002 e o ano 2011 foi do 1,80%. En 2011 había en Galicia 143 persoas maiores de 64 anos por cada 100 persoas menores de 20 anos, o que representa un 1,85% máis que no ano anterior.

Obsérvase un índice de envellecemento superior no sexo feminino; mentres que entre as mulleres existe unha relación de 171 mulleres maiores de 64 anos por cada 100 mulleres menores de 20, entre os homes a dita relación é de 116 no ano 2011. O crecemento interanual medio do índice durante o período analizado é, no entanto, lixeiramente superior no sexo masculino (do 1,92% fronte ao 1,71%).

Cómpre analizar tamén o **índice de sobreenvellecemento**, representativo da relación existente entre a poboación de 85 e máis anos e a poboación de 65 e máis anos.

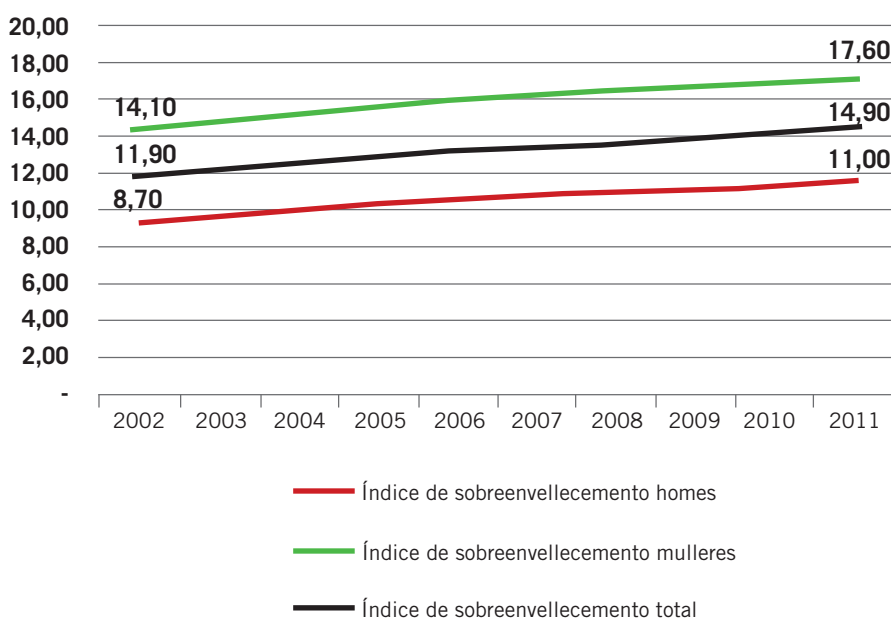
**Índice de sobreenvellecemento = Poboación de 85 e máis anos x 100/Poboación de 65 e máis anos**



O crecemento interanual medio do índice de sobreenvellecemento entre o ano 2002 e o ano 2011 foi do 2,53%. En 2011 houbo en Galicia case 15 persoas maiores de 84 anos por cada 100 persoas maiores de 64 anos, o que representa o 2,05% máis que no ano anterior.

Tamén neste caso a proporción de sobreenvellecemento é maior no sexo feminino; mentres que entre as mulleres existe unha relación de 17,6 mulleres maiores de 84 anos por cada 100 mulleres maiores de 64, entre os homes a dita relación é de 11. O crecemento interanual medio do índice durante o período analizado é, non obstante, lixeiramente superior no sexo masculino (do 2,65% fronte ao 2,50% respectivamente).

Gráfico 5. Evolución do índice de sobreenvellecemento en Galicia no último decenio



Fonte: elaboración propia a partir dos datos de indicadores demográficos con data de actualización 12/04/2012, Instituto Galego de Estatística.

### 1.2.3 Análise das previsións de evolución da poboación en Galicia cara aos anos 2015 e 2020

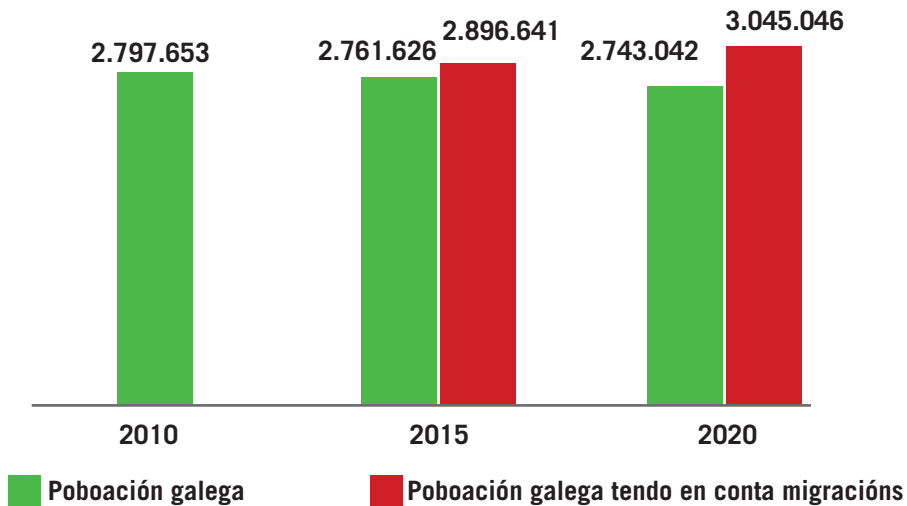
Nesta epígrafe dáse conta da previsión de evolución da poboación en Galicia para os anos 2015 e 2020 a partir de datos oficiais e das estimacións do Instituto Universitario de Estudos e Desenvolvemento de Galicia (de agora en diante IDEGA), que efectuou o estudo da evolución histórica da poboación galega e proxectou os valores futuros baseándose na ecuación demográfica básica (Woods, 1979) e a partir do dato demográfico de 2010 coincidente co dato expresado polo IGE para ese ano (2.797.653 persoas).

## I. DIAGNÓSTICO DA SITUACIÓN DE PARTIDA

### DATOS SOBRE EVOLUCIÓN RECENTE E FUTURA DA POBOACIÓN EN GALICIA

O gráfico seguinte representa a situación en 2010 e a evolución estimada da poboación galega para os anos 2015 e 2020 baixo as dúas hipóteses tendenciais, sen e con migracións.

Gráfico 6. Situación actual e evolución prevista da poboación galega para 2015 e 2020, hipóteses sen e con migracións

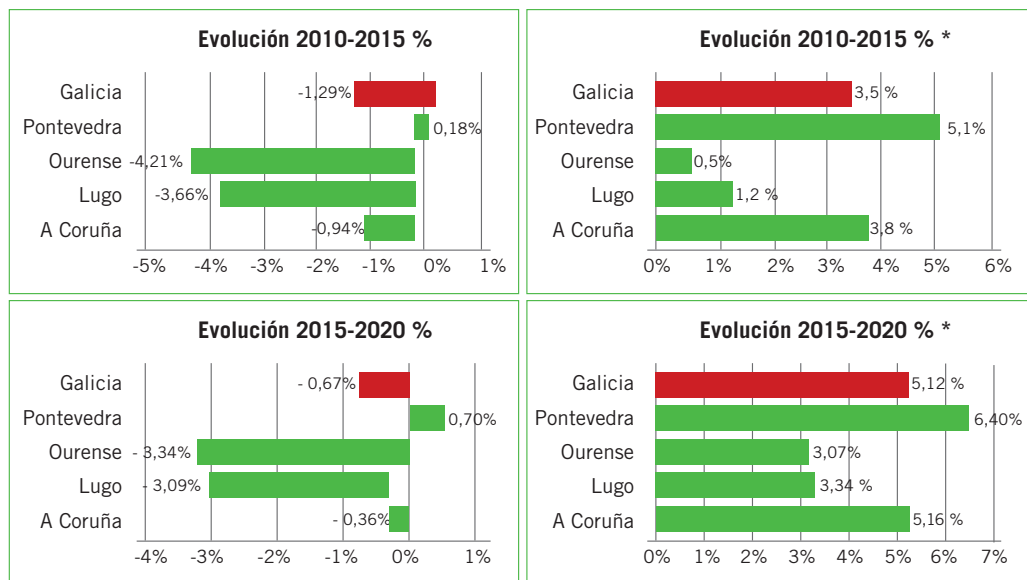


Fonte: elaboración propia a partir dos datos e hipóteses tendenciais do IDEGA.

As previsións establecidas sen ter en conta os movementos migratorios indican unha certa estabilidade na evolución demográfica galega, caída do 1,95% no período 2010 – 2020, cunha redución para o ano 2015 do 1,29%, que lles afecta de xeito desigual ás distintas provincias (Pontevedra crece moi lixeiramente mentres Ourense cae por riba do 4%, Lugo no contorno do 3,7% e A Coruña o 0,94%), e do 0,67% para o 2020 (neste caso Pontevedra crece xa con máis forza, o 0,7%, mentres Ourense e Lugo seguen a diminuír por riba do 3% e A Coruña o 0,36%).

As diferenzas son salientables se se teñen en conta os movementos migratorios (crecemento global da poboación do 8,84% no período 2010-2020); neste caso prodúcense importantes crecementos que, no caso da provincia de Pontevedra superan o 5% en ambos os dous lustros, na Coruña roldan o 4% no primeiro lustro e tamén superan o 5% no segundo, e nos casos de Ourense e Lugo pasan dos tímidos 0,5% e 3,34%, respectivamente, no primeiro lustro a superar o 3% en ambos os dous casos no segundo.

Gráfico 7. Evolución prevista da poboación galega entre os lustros 2010-2015 e 2015-2020.  
 Hipóteses sen e con\* migracións



Fonte: elaboración propia a partir dos datos e hipóteses tendenciais do IDEGA.

Táboa 2. Situación actual e proxeccións de poboación nas catro provincias galegas e no conxunto de Galicia, 2010, 2015 e 2020. Censos de poboación e hipóteses tendenciais sen e con\* migracións.

	2010	2015	2015*	2020	2020*
<b>A Coruña</b>	1.146.458	1.135.703	1.190.548	1.131.647	1.251.985
<b>Lugo</b>	353.504	340.549	357.739	330.038	369.685
<b>Ourense</b>	335.219	321.118	336.785	310.391	347.111
<b>Pontevedra</b>	962.472	964.233	1.011.569	970.974	1.076.265
<b>Galicia</b>	<b>2.797.653</b>	<b>2.761.603</b>	<b>2.896.641</b>	<b>2.743.050</b>	<b>3.045.046</b>

Fonte: elaboración propia a partir dos datos e hipóteses tendenciais do IDEGA.

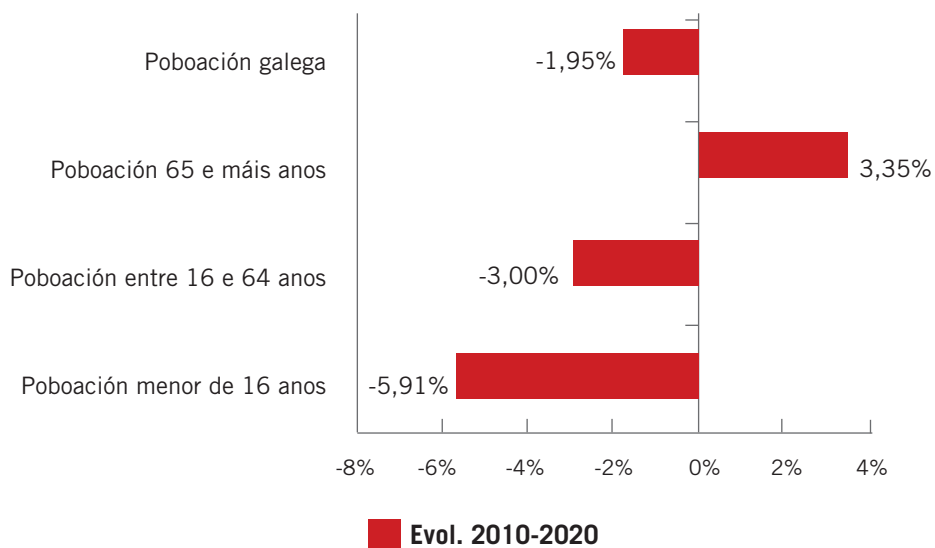
A continuación procédese coa mesma análise considerando os **rangos de idade**, sen ter en conta, neste caso, o impacto das migracións. O único intervalo de idade que amosa unha evolución positiva é o de persoas de 65 e máis anos; na década 2010 – 2020 pérdese case un 6% da

## I. DIAGNÓSTICO DA SITUACIÓN DE PARTIDA

### DATOS SOBRE EVOLUCIÓN RECENTE E FUTURA DA POBOACIÓN EN GALICIA

poboación menor de 16 anos e un 3% da poboación que está entre os 16 e os 64 anos. Non obstante, a poboación de 65 e máis anos presenta un crecemento que acada o 3,35% compensando lixeiramente as caídas nos outros grupos de idade, pero establecendo unha redución conxunta da poboación galega, como se comentou, do 1,95%.

Gráfico 8. Evolución prevista da poboación galega por grandes grupos de idade entre 2010 e 2020. Porcentaxes de variación

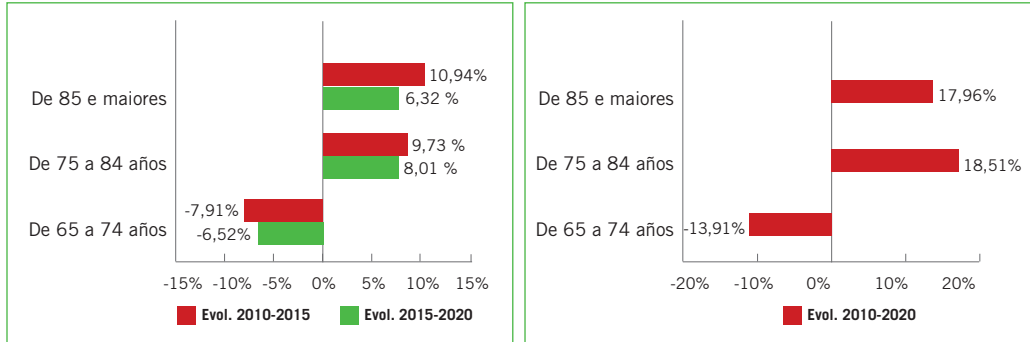


Fonte: elaboración propia a partir dos datos e hipóteses tendenciais do IDEGA.

Así pois, o segmento demográfico das persoas de 65 e máis anos é o único que gaña representatividade e pasa do 22,15% ao 23,35% no conxunto da poboación de Galicia, mentres o segmento de menores de 16 anos pasa do 12,32% ao 11,82%; ambas as dúas evolucións confirman a tendencia ascendente dos índices de envellecemento na comunidade galega.

Nunha análise detallada da previsión de poboación de 65 e máis anos, agora por segmentos de idade dentro deste grupo, obsérvase como a poboación de 65 a 74 anos diminúe ao longo do período analizado mentres que as poboacións de 75 a 84 e de 85 e máis anos manteñen unha tendencia positiva.

Gráfico 9. Evolución prevista da poboación galega de 65 e máis anos por subgrupos de idade, entre os lustros 2010-2015, 2015-2020 e total 2010-2020. Porcentaxes de variación



Fonte: elaboración propia a partir dos datos e hipóteses tendenciais do IDEGA.

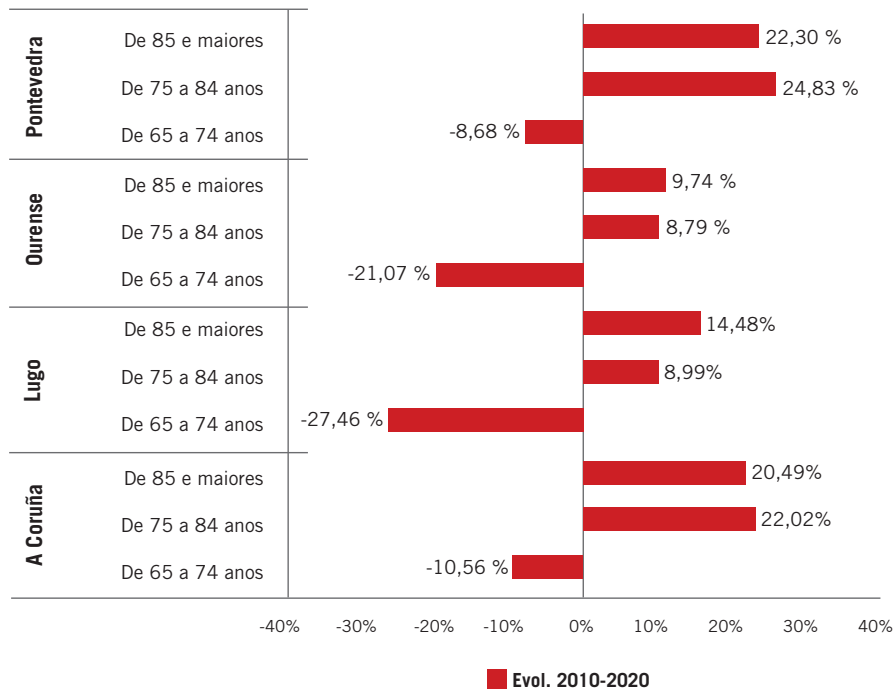
Respecto á evolución global na década 2010-2020, as variacións son verdadeiramente salientables pois, segundo estes cálculos, a poboación de 65 a 74 anos reducirase na provincia de Lugo nun 27,46%, mentres que a poboación de 75 a 84 anos da provincia de Pontevedra crecerá preto dun 25%.

O grupo de persoas de 65 e máis anos era máis representativo no 2010 nas provincias de Lugo (27,80%) e Ourense (28,77%), pero presenta no período de predición observado unha evolución negativa nestas provincias, mentres que nas provincias da Coruña e Pontevedra a súa evolución é claramente positiva, circunstancias que fan que para o ano 2020 se acheguen as proporcións do colectivo de persoas maiores nas catro provincias galegas.

## I. DIAGNÓSTICO DA SITUACIÓN DE PARTIDA

### DATOS SOBRE EVOLUCIÓN RECENTE E FUTURA DA POBOACIÓN EN GALICIA

Gráfico 10. Evolución prevista da poboación galega de 65 e máis anos por subgrupos de idade na década 2010-2020. Porcentaxes de variación



Fonte: elaboración propia a partir dos datos e hipóteses tendenciais do IDEGA.

#### 1.2.4 Evolución prevista da poboación nos distintos concellos de Galicia

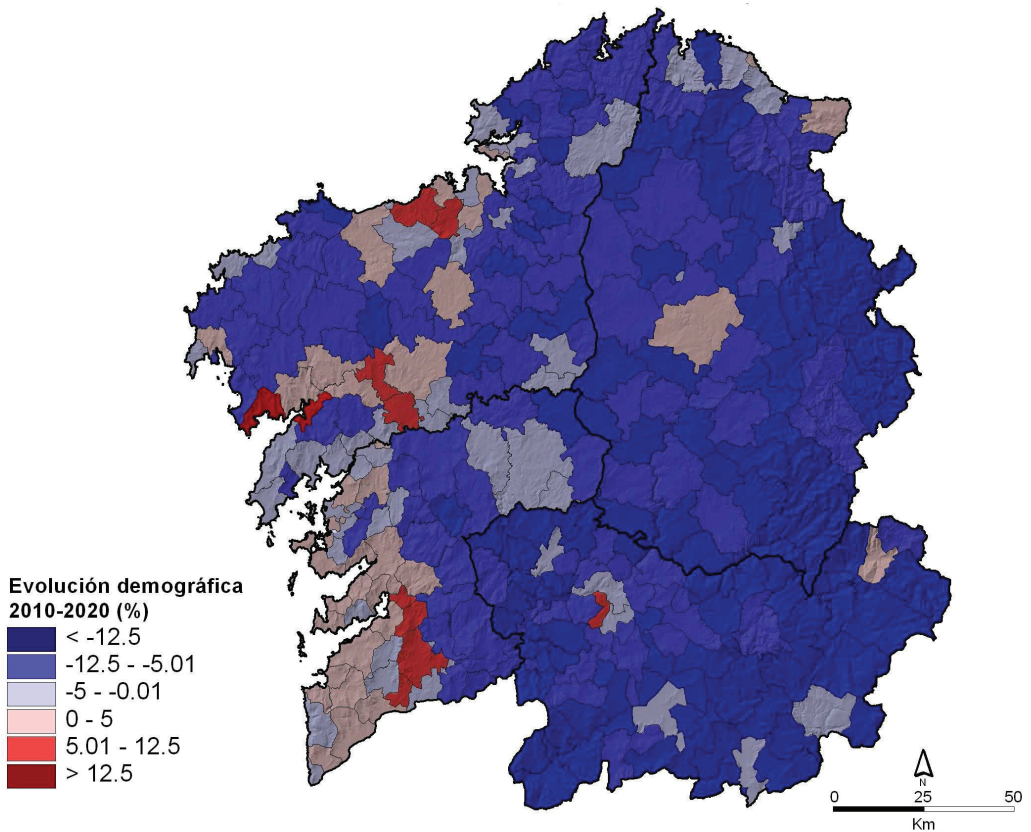
En relación coa evolución da poboación nos distintos concellos de Galicia, cómpre sinalar que durante a última década produciuse un crecemento demográfico moi concentrado nas áreas periurbanas das principais cidades (onde se deron os maiores incrementos, polo xeral superiores ao 10%), algunhas vilas na costa das Rías Baixas e, en menor medida, na beira marítima lucense. O 64,5% dos municipios pontevedreses creceron fronte a un 33% dos coruñeses; tan só o fixeron o 13,04% dos municipios de Ourense e o 11,9% dos lucenses. No extremo oposto están os territorios cun peor comportamento demográfico neste decenio que se corresponden con áreas de forte regresión económica, en moitos casos con topografía complicada (municipios de montaña de Lugo e Ourense, así como limítrofes entre as provincias occidentais e as orientais) e/ou con comunicacións deficientes (comarcas centro-occidentais coruñesas e a Costa da Morte) que presentan na maior parte dos concellos perdas superiores ao 10%.

A **evolución prevista no período 2010-2020**, baixo a hipótese que non contempla os movementos migratorios, segundo a mesma fonte, fala dun aumento feble do número de municipios que conseguirían medrar en poboación, pois serán 50 en total (o 15,9% do total de concellos). Deles só tres pertencerán a Lugo e dous a Ourense. No caso da provincia da Coruña destaca o eixo de crecemento positivo que parte de Santiago de Compostela cara a costa occidental, así como na

orla periurbana da Coruña, e presentan tamén comportamentos positivos municipios do sur da orla periurbana de Ferrol, ademais da localidade de Carballo. Pola súa parte, en Pontevedra hai unha notable concentración do crecemento na área metropolitana de Pontevedra-Vigo, na área Vilagarcía-Caldas-Pontecesures e na península do Salnés.

O resto do panorama é moi diferente, pois atópanse 217 entidades municipais que perderían neste período decenal por riba do 5% da súa poboación. Nesta situación aparecen a práctica totalidade dos municipios de Ourense e Lugo, agás contadas excepcións (en xeral localizacións urbanas e/ou vinculadas a nós de comunicación).

Mapa 1. Evolución prevista da poboación galega entre 2010 e 2020 por concellos



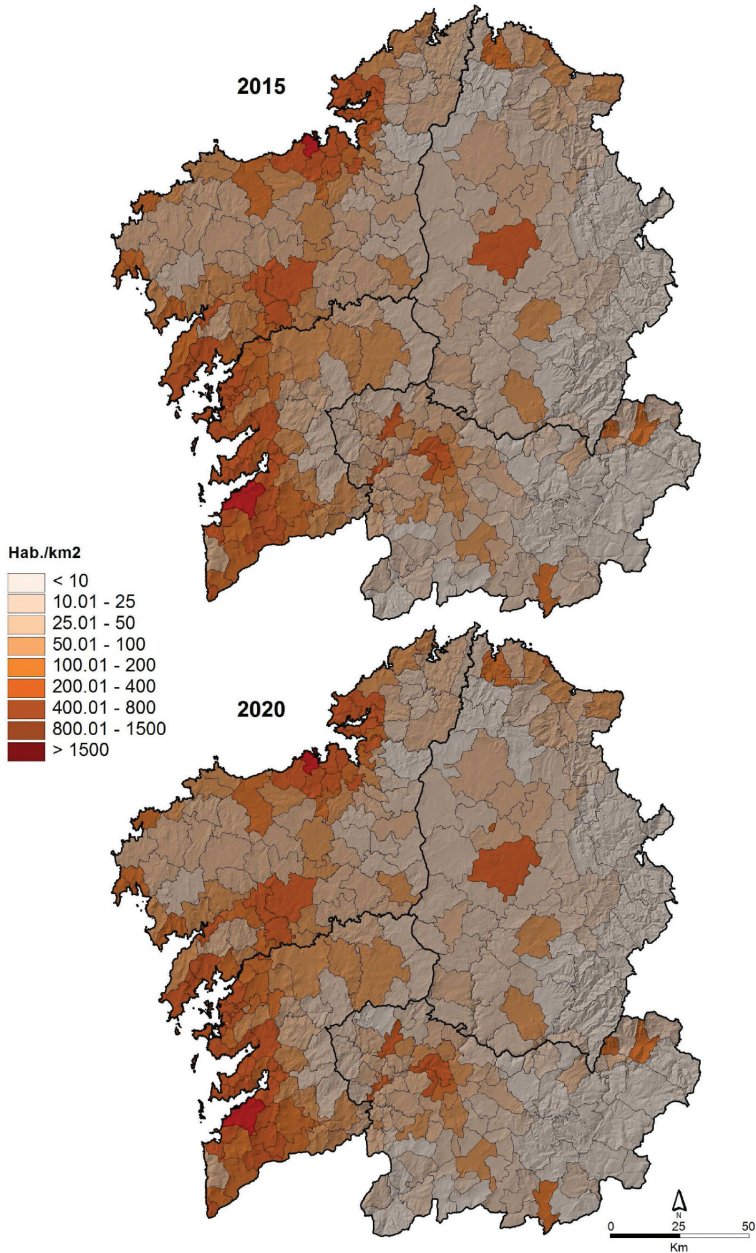
Fonte: hipótese tendencial do IDEGA sen movementos migratorios.

Polo tanto, o que marcará a evolución demográfica e das densidades é un mantemento das disparidades actuais, acentuándoas aínda máis, cunha clara dualidade entre os espazos litorais, urbanos e periurbanos, con respecto ao resto do territorio, en declive demográfico e cunha tendencia clara á despoboación que se ve moi claramente na diminución das densidades demográficas.

## I. DIAGNÓSTICO DA SITUACIÓN DE PARTIDA

### DATOS SOBRE EVOLUCIÓN RECENTE E FUTURA DA POBOACIÓN EN GALICIA

Mapa 2. Evolución prevista das densidades demográficas dos concellos entre 2015 e 2020



Fonte: hipótese tendencial do IDEGA sen movementos migratorios.

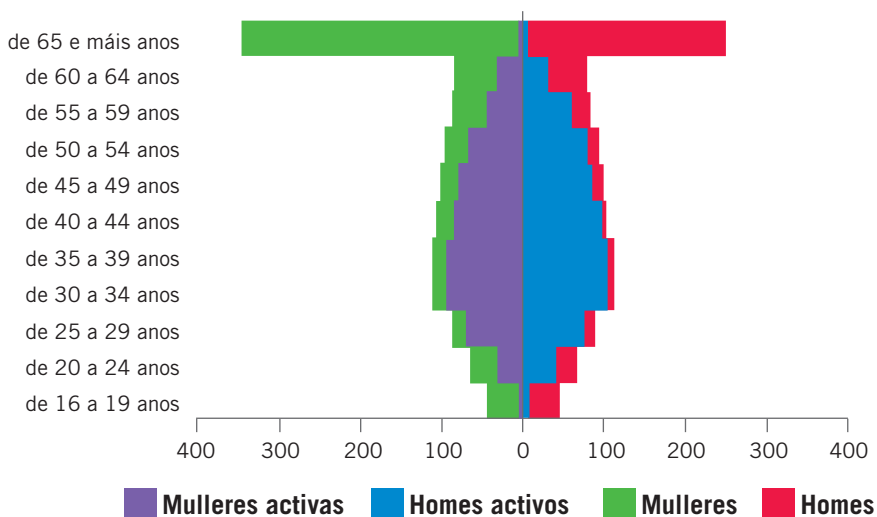


### 1.3 ANÁLISE DA SITUACIÓN LABORAL DAS PERSOAS TRABALLADORAS DE MÁIS IDADE EN GALICIA

A análise da situación laboral das persoas traballadoras maiores en Galicia baséase nos datos da Enquisa de poboación activa obtidos da sección de traballo do Instituto Galego de Estatística correspondentes ao exercicio 2011. Os datos están dispoñibles por grupos de idade, e son de especial interese para o marco no que se realiza esta análise: os grupos de 55 e máis anos. Por un lado, interesa coñecer os datos relativos ao **segmento de persoas traballadoras de 55 a 64 anos**, por considerar que se trata dun grupo de persoas **próximas á idade de xubilación** e, por outro lado, o de 65 e máis anos, **xa en idade de xubilación** (aínda que poden non estar xubiladas).

En termos xerais no exercicio 2011 había en Galicia 1.311.200 **persoas activas** sobre un total de 2.377.000 persoas, o que representa unha taxa de actividade xeral do 55,16%. Dese total de persoas activas, o 13,96% (183.100 persoas) son persoas de 55 e máis anos; concretamente o 8,23% (107.900) correspóndese coas persoas do rango de 55 a 59 anos, o 4,93% (64.700) con persoas de 60 a 64 anos e o 0,80% (10.500) coas persoas de 65 e máis anos.

Gráfico 11. Pirámide demográfica galega e actividade segundo os rangos de idade e por sexo



Fonte: elaboración propia a partir dos datos da Enquisa de poboación activa, Instituto Galego de Estatística, datos correspondentes ao exercicio 2011 expresados en miles de persoas.

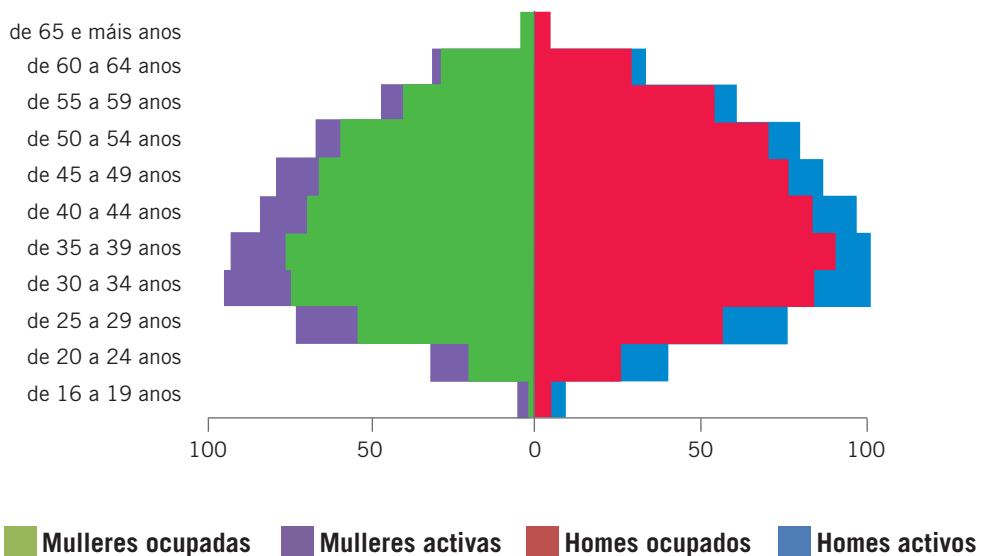
No mesmo ano, había 1.083.000 **persoas ocupadas** sobre un total de 1.311.200 persoas activas, o que representa unha taxa de ocupación<sup>1</sup> xeral do 82,60%. Dese total de persoas ocupadas o 15,12% (163.800 persoas) son persoas de 55 e máis anos: o 8,77% (95.000) no rango de 55 a 59 anos, o 5,40% (58.500) no de 60 a 64 anos e o 0,95% (10.300) son persoas de 65 e máis anos.

<sup>1</sup> Para os efectos deste informe enténdese por "taxa de ocupación" a porcentaxe de persoas ocupadas, nun rango de idades, sobre a poboación activa dese mesmo rango.

## I. DIAGNÓSTICO DA SITUACIÓN DE PARTIDA

### ANÁLISE DA SITUACIÓN LABORAL DAS PERSOAS TRABALLADORAS DE MÁIS IDADE EN GALICIA

Gráfico 12. Poboación activa e poboación ocupada segundo rangos de idade e por sexo



Fonte: elaboración propia a partir dos datos da Enquisa de Poboación Activa no Instituto Galego de Estatística, datos correspondentes ao exercicio 2011 expresados en miles de persoas.

Nas táboas seguintes obsérvanse as taxas de actividade e ocupación dos grupos de poboación de interese comentados (os grupos de idade de 55 e máis anos) nas catro provincias galegas e cuxa análise se atopa no documento complementario anexo a este.

Táboa 3. Taxas de actividade e ocupación da poboación de 55 a 59 anos en Galicia por provincias e por sexo

Poboación de 55 a 59 anos	Homes activos	Mulleres activas	Total p. activas	Homes ocupados	Mulleres ocupadas	Total p. ocupadas
<b>A Coruña</b>	72,24%	51,52%	61,82%	90,98%	89,30%	90,27%
<b>Lugo</b>	77,14%	65,05%	71,15%	91,36%	89,55%	90,54%
<b>Ourense</b>	71,57%	53,21%	62,09%	84,93%	81,03%	83,21%
<b>Pontevedra</b>	72,46%	52,65%	62,22%	88,00%	82,39%	85,79%

Táboa 4. Taxas de actividade e ocupación da poboación de 60 a 64 anos en Galicia por provincias e por sexo

Poboación de 60 a 64 anos	Homes activos	Mulleres activas	Total p. activas	Homes ocupados	Mulleres ocupadas	Total p. ocupadas
A Coruña	37,19%	40,11%	38,76%	87,39%	92,00%	89,96%
Lugo	50,00%	47,37%	49,24%	96,08%	97,78%	95,88%
Ourense	46,23%	28,04%	37,09%	83,67%	90,00%	86,08%
Pontevedra	42,42%	32,85%	37,34%	88,39%	91,21%	90,10%

Táboa 5. Taxas de actividade e ocupación da poboación de 65 e máis anos en Galicia por provincias e por sexo

Poboación de 65 e máis anos	Homes activos	Mulleres activas	Total p. activas	Homes ocupados	Mulleres ocupadas	Total p. ocupadas
A Coruña	2,40%	1,55%	1,95%	100,00%	100,00%	100,00%
Lugo	2,15%	1,28%	1,66%	100,00%	100,00%	100,00%
Ourense	1,46%	0,93%	1,16%	83,33%	100,00%	90,91%
Pontevedra	1,98%	1,81%	1,88%	100,00%	95,00%	100,00%

Fonte: elaboración propia a partir dos datos da Enquisa de Poboación Activa no Instituto Galego de Estatística, datos correspondentes ao exercicio 2011.

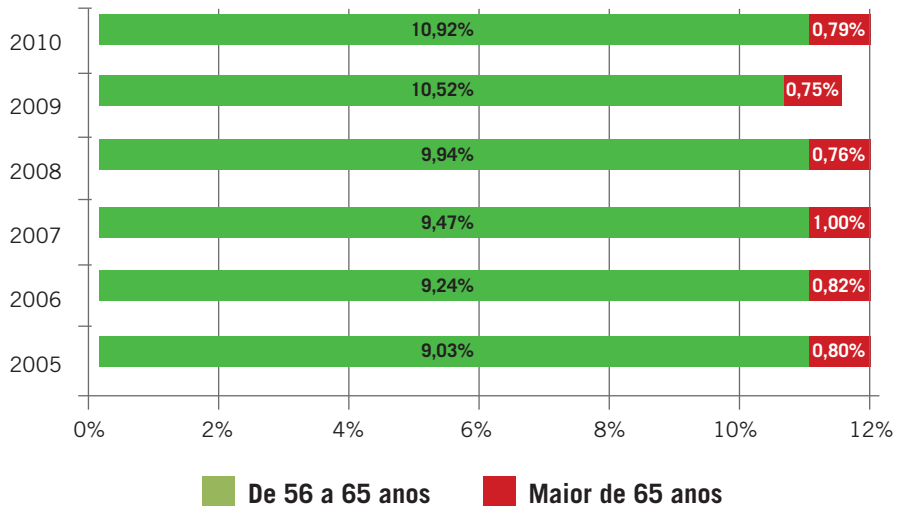
Resulta interesante coñecer os **salarios medios** como medida de poder adquisitivo da poboación galega, en especial das persoas de máis idade e sobre todo pola posible asunción de custos ligados á dependencia, á prevención desta ou á promoción da autonomía persoal (asunción total ou copagamentos).

A finais de 2010 o número de **persoas asalariadas** ascendía a 1.067.999 (55,5% homes e o resto mulleres). No período 2005-2010 obsérvase un pico de persoas asalariadas no exercicio 2007, momento no que se inicia un período de decrecemento. Non obstante, o volume de persoas asalariadas do tramo de idades comprendido entre os 56 e os 65 anos vai incrementándose co paso do tempo e aumentan a súa representatividade respecto do total, situándose en 2010 case no 11%. O volume de persoas asalariadas maiores de 65 anos sitúase en todo momento entre o 1% e o 0,75% do total, moi en liña coa porcentaxe de afiliacións á Seguridade Social.

## I. DIAGNÓSTICO DA SITUACIÓN DE PARTIDA

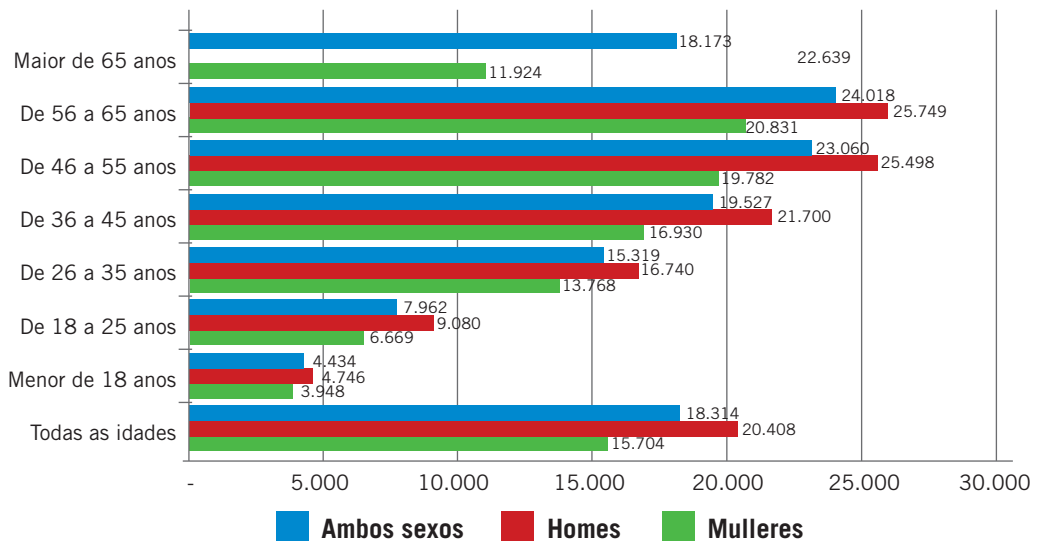
### ANÁLISE DA SITUACIÓN LABORAL DAS PERSOAS TRABALLADORAS DE MÁIS IDADE EN GALICIA

Gráfico 13. Representatividade dos grupos de persoas asalariadas de máis idade no período 2005 - 2010 en relación ao volume total de persoas asalariadas



Fonte: elaboración propia a partir dos datos de información tributaria no Instituto Galego de Estatística, datos correspondentes ao exercicio 2011.

Gráfico 14. Salario medio anual no exercicio 2010 por sexo e rangos de idade



Fonte: elaboración propia a partir dos datos de información tributaria no Instituto Galego de Estatística, datos correspondentes ao exercicio 2011. Valores en euros.

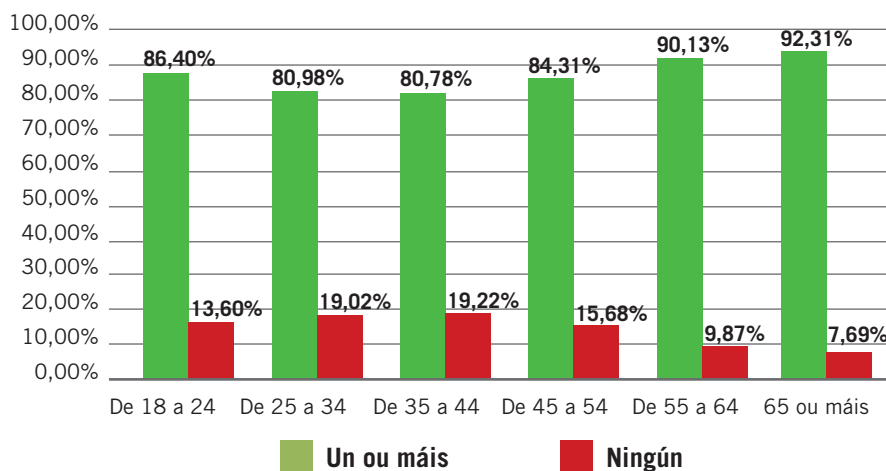
Os datos sobre **salario medio** en 2010 poñen de manifesto que este é maior segundo aumenta a idade para ambos os dous sexos e acadan o seu máximo no conxunto de persoas de 56 a 65 anos tanto para os homes (25.749 euros anuais) como para as mulleres (20.831 euros anuais, case un 20% inferior ao salario medio anual dos homes do mesmo rango de idades). No rango das persoas de 65 e máis anos prodúcese unha contracción significativa que leva a que os homes volvan a niveis salariais do tramo de entre 36 e 45 anos, mentres que as mulleres chegan a estar por debaixo do nivel das de 26 a 35 anos. Tamén é destacable a gran diferenza que se abre neste intervalo de idade entre ambos os dous sexos, pois o salario medio anual das mulleres maiores de 65 anos é practicamente a metade do dos homes dese grupo de idades.

## 1.4 ANÁLISE DAS CONDICIÓNIS DE TRABALLO DAS PERSOAS TRABALLADORAS DE MÁIS IDADE E SINISTRALIDADE LABORAL EN GALICIA

### 1.4.1 Percepción dos riscos para a saúde

Segundo os datos da Enquisa de condicións de traballo en Galicia<sup>2</sup>, nos intervalos de 55 anos en adiante a percepción de riscos é maior; por riba do 90% dos casos manifestan sentirse expostos a algún risco. Mentres os tramos de idade de 25 a 34 anos e de 35 a 44 anos son os que presentan menor percepción da exposición a riscos no seu traballo (por enriba do 19% en ambos os dous casos).

Gráfico 15. Percepción da exposición a riscos por tramos de idade



Fonte: Enquisa de Condicións de Traballo en Galicia, 2010. Instituto Galego de Seguridade e Saúde Laboral (ISSGA).

<sup>2</sup> Enquisa de condicións de traballo en Galicia". Observatorio Galego de Condicións de Traballo, Instituto Galego de Seguridade e Saúde Laboral (ISSGA). 1ª edición, 2011.

## I. DIAGNÓSTICO DA SITUACIÓN DE PARTIDA

### ANÁLISE DAS CONDICIÓNS DE TRABALLO DAS PERSOAS TRABALLADORAS DE MÁIS IDADE E SINISTRALIDADE LABORAL EN GALICIA

Para facilitar a representación e a toma en consideración daquelas **causas máis relevantes de accidentes dende o punto de vista da prevención**, na táboa seguinte preséntanse as **tres principais causas por porcentaxe total** e aquelas outras que se consideraron importantes para a análise por idades; eliminouse o grupo de idade das persoas traballadoras de 65 ou máis anos por carecer de resultados representativos.

Táboa 6. Tres causas principais dos accidentes por grupos de idade

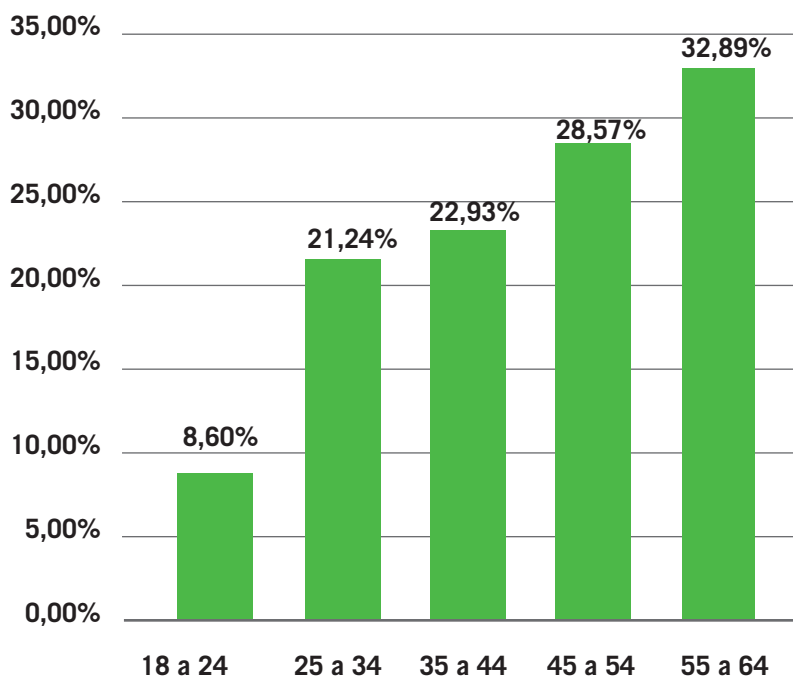
Cales foron as tres principais causas deste accidente ou accidentes?	Tramos de idade				
	18 a 24	25 a 34	35 a 44	45 a 54	55 a 64
Distraccións, descoidos, despistes, falta de atención	25,00%	30,43%	21,74%	38,10%	42,86%
Por posturas forzadas ou por sobreesforzos durante a tarefa	25,00%	23,91%	21,74%	19,05%	0,00%
Por cansazo ou fatiga	25,00%	13,04%	8,70%	19,05%	0,00%
Trabállase moi rápido	0,00%	10,87%	8,70%	14,29%	0,00%
Causas relacionadas co tráfico	0,00%	13,04%	10,87%	0,00%	14,29%
Exceso de horas continuadas de traballo	12,50%	4,35%	8,70%	4,76%	14,29%
Por aberturas ou ocios desprotexidos, escaleiras ou plataformas	0,00%	10,87%	2,17%	4,76%	0,00%
O terreo ten gabias, noiros, desniveis etc. que poden provocar o envorcode vehículos ou caída de persoas	0,00%	2,17%	2,17%	9,52%	0,00%

Fonte: Enquisa de condicións de traballo en Galicia, Instituto Galego de Seguridade e Saúde Laboral (ISSGA).

As distraccións, descoidos, falta de atención etc. son a causa principal que máis destaca nas persoas traballadoras de máis de 45 anos, con porcentaxes do 42,86% no grupo de 55 a 64 anos. A continuación están as causas relacionadas co tráfico e o exceso de horas continuadas de traballo, ambas as dúas cunha porcentaxe do 14,29%.

A enquisa tamén indagou a percepción de traballadores e traballadoras respecto á incidencia do traballo na súa saúde e obsérvase un aumento da percepción de que o **traballo lles afecta á saúde das persoas segundo aumenta a súa idade**, e son as persoas traballadoras do **grupo de 55 a 64 anos** as que notan que lles afecta cunha maior frecuencia (no 32,89% das ocasións, case unha de cada tres persoas).

Gráfico 16. Consideración de que o traballo afecta á saúde por grupos de idade



Fonte: Enquisa de condicións de traballo en Galicia, Instituto Galego de Seguridade e Saúde Laboral (ISSGA).

#### 1.4.2 Enfermidades profesionais e sinistralidade laboral en Galicia

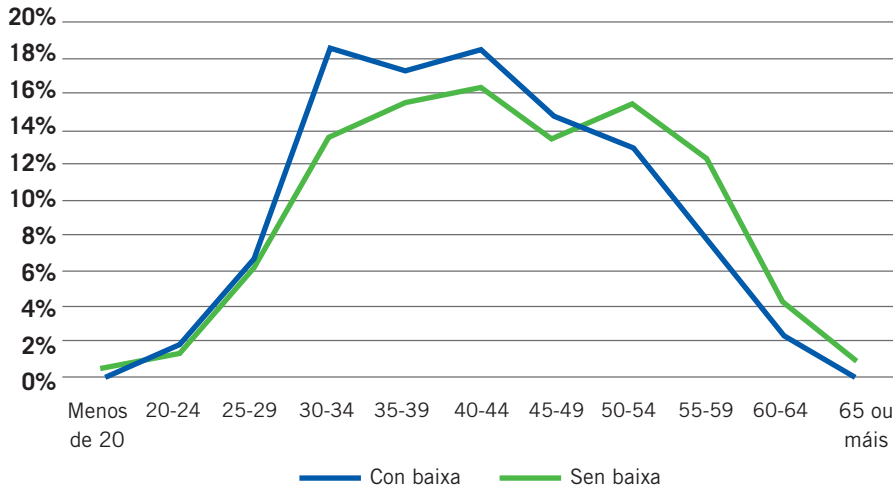
As **enfermidades profesionais** con baixa representan en Galicia o 54,85% do total (1244). A repartición entre sexos resulta máis equitativo nas enfermidades profesionais con baixa, onde as dos homes representan o 48,39% das enfermidades fronte ao 51,61% das mulleres, mentres que nas enfermidades profesionais sen baixa as dos homes representan o 59,07% fronte ao 40,93% de enfermidades profesionais sen baixa das mulleres.

En relación coa idade, o 18,48% das **enfermidades profesionais con baixa** prodúcese no rango de 30 a 34 anos, e volve acadar valores similares na franxa de idades de 40 a os 44 anos (18,33%). **A representatividade dos rangos de idades máis avanzadas diminúe drasticamente a partir dos 55 anos** (no rango de 55 a 59 anos prodúcese o 7,33% das enfermidades profesionais con baixa e só o 2,49% no grupo de 60 a 64 anos). Por outra banda, nas **enfermidades profesionais sen baixa** acádanse valores máximos no rango de idades que vai dos 40 a os 44 anos, rango representativo do 16,19% deste tipo de enfermidades, e no de 50 a os 54 anos, cun 15,8%, seguido do tramo de 55 a 59 anos, cun 12,46%.

## I. DIAGNÓSTICO DA SITUACIÓN DE PARTIDA

### ANÁLISE DAS CONDICIÓNS DE TRABALLO DAS PERSOAS TRABALLADORAS DE MÁIS IDADE E SINISTRALIDADE LABORAL EN GALICIA

Gráfico 17. Enfermidades profesionais con e sen baixa segundo a idade.  
Porcentaxe sobre o total



Fonte: “Sinistrabilidade Laboral, Galicia 2011”, Instituto Galego de Seguridade e Saúde Laboral (ISSGA).

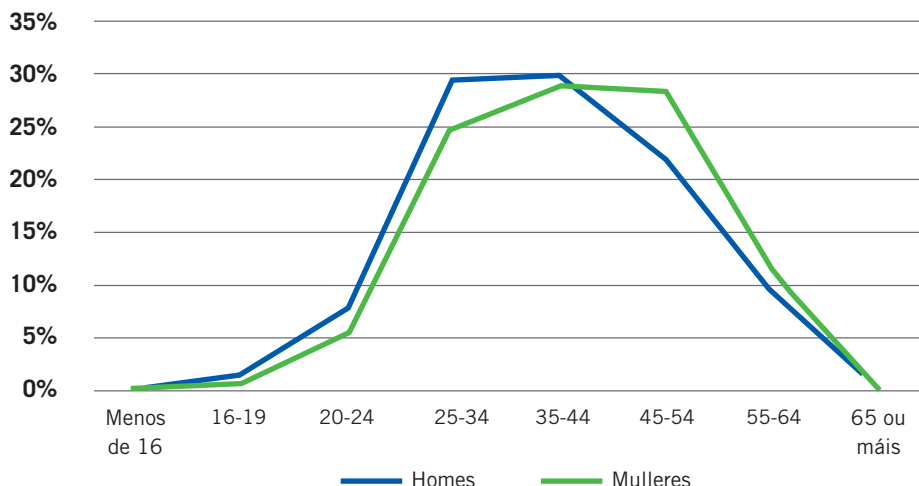
Durante o ano 2011 rexistráronse na Comunidade Autónoma de Galicia un total de 34.497 **accidentes laborais con baixa**, dos cales 31.147 (o 90,29%) se produciron durante a xornada laboral e 3350 (o 9,71%) foron accidentes *in itinere*. Dos accidentes laborais en xornada, 23.385 (o 75,08%) correspondéronlles a homes, e 7762 (o 24,92%) sufríronos mulleres. Os accidentes totais *in itinere* manteñen unha proporción máis parella entre sexos, aumentando a proporción de homes fronte á das mulleres canto maior é a gravidade do accidente.

O índice de incidencia reflicte que en Galicia sufriron un accidente laboral aproximadamente 3949 de cada 100.000 traballadores/as afiliados/as á Seguridade Social coas contingencias profesionais cubertas. A incidencia dos accidentes é maior nos homes que nas mulleres, xa que de cada 100.000 homes traballadores 5540 sufriron accidentes, mentres que nas traballadoras o cómputo foi de 2117.

Do total de **accidentes laborais con baixa en xornada de traballo** (31.147), o 98,31% foron accidentes leves cunha distribución entre sexos do 74,87% para os homes e do 25,13% para as mulleres. Os accidentes graves constituíron o 1,52% do total, e producíronse maioritariamente entre os homes (86,26%, fronte ao 13,74% das mulleres).



Gráfico 18. Accidentes laborais con baixa en xornada de traballo. Porcentaxe sobre o total segundo a idade e o sexo



Fonte: “Sinistralidade Laboral, Galicia 2011”, Instituto Galego de Seguridade e Saúde Laboral (ISSGA).

A **sinistralidade laboral** acada as súas cotas máximas nos rangos de idade entre 35 e 44 anos (29,67% nos homes e 28,95% nas mulleres) con valores similares aos que se dan para o tramo de idade anterior (de 25 a 34 anos; 29,38% nos homes e 24,89% nas mulleres) e posterior (de 35 a 54 anos; 21,98% nos homes e 28,29% nas mulleres), e decrecen posteriormente a súa frecuencia de forma continua ata situarse no contorno do **10% para o intervalo comprendido entre 55 e 65 anos** (9,78% nos homes e 11,59% nas mulleres).

Os accidentes de tráfico representan un 10,45% dos accidentes laborais totais e a súa representatividade é máis elevada aínda no caso dos accidentes de máxima gravidade, os mortais, co 34,18%, sendo a dita representatividade, polo tanto, crecente coa gravidade dos accidentes.

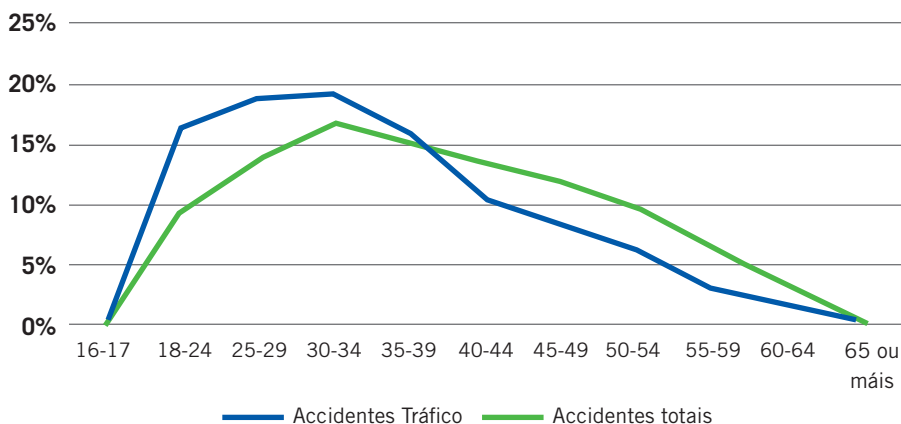
Dos accidentes laborais por grupos de idade e dos estatísticos correspondentes aos datos das idades das persoas traballadoras, dedúcese que a **idade ten unha maior importancia** en canto á frecuencia en que sofren accidentes de tráfico en relación con outros tipos de accidentes laborais. Adquiren máis importancia entre as persoas traballadoras máis novas, xa que a partir do tramo dos 40 aos 44 anos diminúen considerablemente.

Así, os accidentes de tráfico na franxa de idades que vai dos 30 a os 34 anos acada o 19,10% dos accidentes de tráfico totais, mentres que esa mesma franxa de idades representa o 16,68% dos accidentes laborais; en ambos os dous casos é a franxa de idades máis significativa. Os valores mínimos danse nos grupos de idade extremos (tanto nos máis novos como nos de maior idade), e é o grupo de persoas de 65 e máis anos o menos representativo tanto no grupo de accidentes laborais de tráfico (0,19% do total) como no total de accidentes (0,18%).

## I. DIAGNÓSTICO DA SITUACIÓN DE PARTIDA

### CUANTIFICACIÓN DAS PERSOAS CON DISCAPACIDADE E PERSOAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA RECOÑECIDA EN GALICIA

Gráfico 19. Porcentaxes de accidentes laborais por grupos de idade



Fonte: “Análise da sinistralidade laboral por accidentes de tráfico. Ano 2010”, Instituto Galego de Seguridade e Saúde Laboral (ISSGA).

## 1.5 CUANTIFICACIÓN DAS PERSOAS CON DISCAPACIDADE E PERSOAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA RECOÑECIDA EN GALICIA

### 1.5.1 Persoas con discapacidade

Segundo a información dispoñible no **Censo de persoas con discapacidade de Galicia**, o número total de persoas que se atopan nesta situación é de 212.334. <sup>3</sup>A maioría son mulleres, concretamente 109.392, o que constitúe o 51,5%, como ocorre tamén para o conxunto da poboación, segundo a última revisión do Padrón Municipal do mesmo ano.

Existen importantes diferenzas entre provincias na distribución por sexo da poboación con discapacidade. En Pontevedra o peso das mulleres é superior ao agregado, en Ourense o reparto é case equitativo. Lugo é a única provincia onde os homes son maioría entre este sector de poboación.

Táboa 7. Poboación con discapacidade por provincia e sexo

	Total	Homes	Mulleres	Peso mulleres
<b>A Coruña</b>	91.942	44.166	47.776	51,96%
<b>Lugo</b>	20.682	10.934	9.748	47,13%
<b>Ourense</b>	24.536	12.251	12.285	50,07%
<b>Pontevedra</b>	75.174	35.591	39.583	52,66%
<b>Galicia</b>	<b>212.334</b>	<b>102.942</b>	<b>109.392</b>	<b>51,52%</b>

Fonte: Estudo sobre discapacidade e xénero. Xunta de Galicia-2011 (a partir do Censo de persoas con discapacidade de Galicia).

Os datos referidos supoñen unha taxa de 75,9 por cada mil habitantes; a diferenciación por sexo mostra unha taxa feminina e masculina de 75,6 e 76,2, respectivamente.

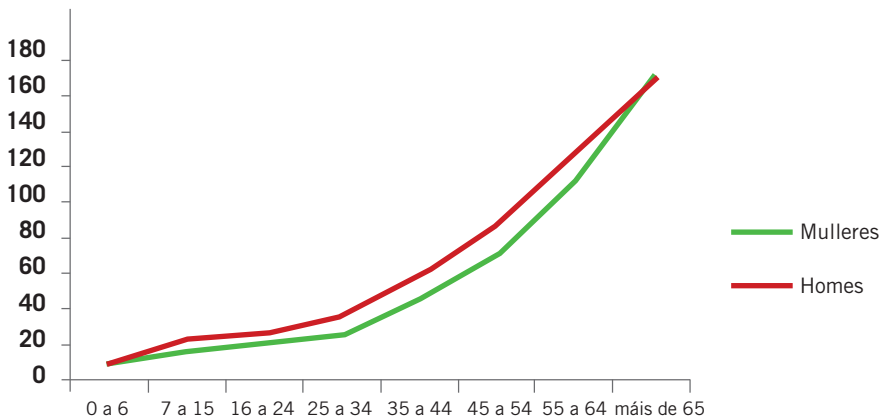
Táboa 8. Taxa de discapacidade por sexo

Taxa de discapacidade por cada 1.000 habitantes	
Mulleres	75,59
Homes	76,22
<b>Total</b>	<b>75,90</b>

Fonte: Estudo sobre discapacidade e xénero. Xunta de Galicia-2011  
 (a partir do Censo de persoas con discapacidade de Galicia).

Se se parte de datos relativos, a **incidencia da discapacidade por sexo** é moi diferente en función da idade. A prevalencia da discapacidade é superior significativamente nas mulleres só a partir da primeira vellez (máis de 65 anos), mentres que por debaixo dos 45 anos, os homes con algunha discapacidade son substancialmente máis numerosos que as mulleres na mesma situación, como amosa a evolución da taxa de incidencia e do índice de feminidade por tramo de idade.

Gráfico 20. Taxa de incidencia da discapacidade por sexo e grupos de idade



Nota: taxa de incidencia por cada 1000 habitantes.

Fonte: Estudo sobre discapacidade e xénero. Xunta de Galicia-2011 (a partir do Censo de persoas con discapacidade de Galicia e Padrón Municipal 2010).

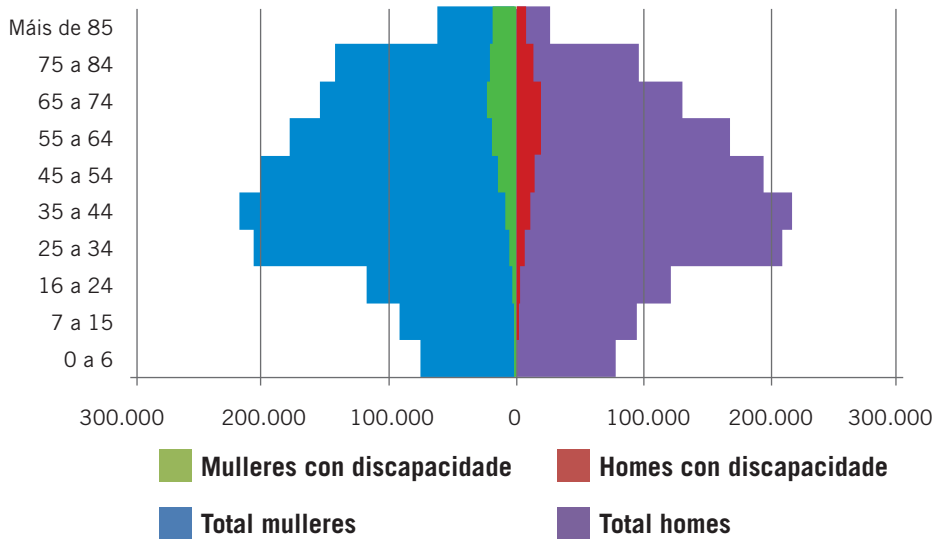
3 Para este dato, tómanse como referencia as persoas nadas a partir de 1905 e inscritas ata finais de 2010.

## I. DIAGNÓSTICO DA SITUACIÓN DE PARTIDA

### CUANTIFICACIÓN DAS PERSOAS CON DISCAPACIDADE E PERSOAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA RECOÑECIDA EN GALICIA

O número de persoas con discapacidade valorada aumenta con cada **grupo de idade** ata chegar á franxa de 65 a 74 anos onde se aglutina o maior número. Segundo a variable sexo, a maioría da poboación feminina que presenta algunha discapacidade ten máis de 65 anos (en concreto o 54%). Mentres que só o 40% dos homes que teñen algunha discapacidade superan os 65 anos.

Gráfico 21. Estrutura da poboación total e con discapacidade en Galicia por grupos de idade e sexo

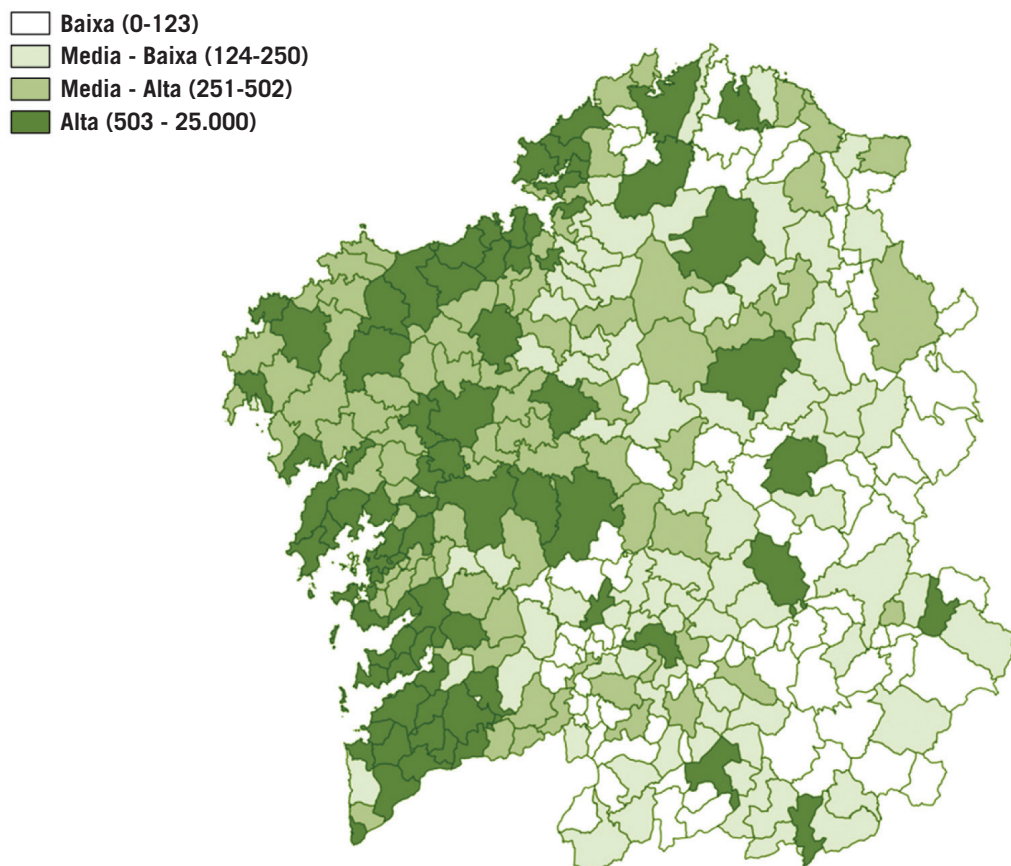


Fonte: Estudo sobre discapacidade e xénero. Xunta de Galicia-2011 (a partir do Censo de persoas con discapacidade de Galicia e Padrón Municipal 2010).

En relación co total de poboación por sexo, a proporción de mulleres con discapacidade sobre o total é inferior á dos homes en todos os tramos de idade, aínda que tende a igualarse no intervalo de menos de 16 anos e de máis de 65.

No mapa seguinte preséntase a distribución deste grupo de poboación en Galicia, que se concentra onde o fai a poboación total: nas provincias occidentais e concellos máis urbanos de Lugo e Ourense. Na provincia de Lugo destacan, ademais da capital de provincia, os concellos de Monforte de Lemos, Vilalba, Viveiro e Sarria (por orde decrecente do número de persoas rexistradas); na Provincia de Ourense, os concellos de O Carballiño, Verín, O Barco de Valdeorras e Xinzo de Limia, (tamén por orde decrecente do número de persoas con discapacidade), ademais do propio Concello de Ourense.

Mapa 3. Distribución da poboación con discapacidade (valores absolutos)



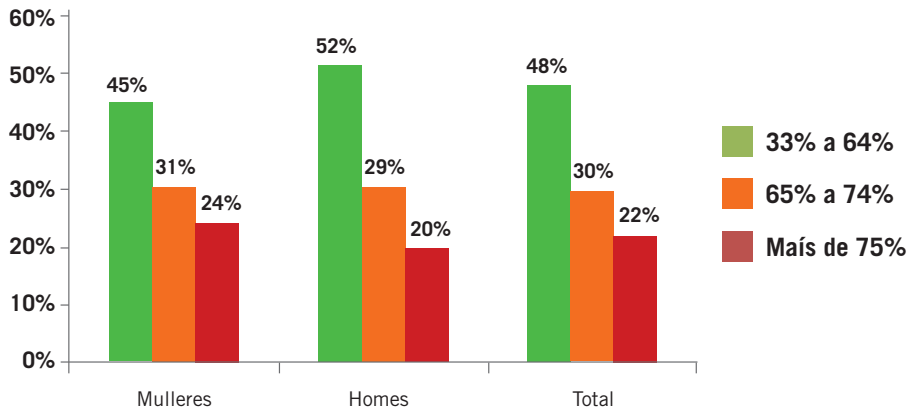
Fonte: Estudo sobre discapacidade e xénero. Xunta de Galicia-2011 (a partir do Censo de persoas con discapacidade de Galicia).

Desde a perspectiva do **grao de discapacidade** das persoas rexistradas no censo, a porcentaxe maioritaria correspóndese coas persoas cun grao de discapacidade do 33% ao 64%. O grupo máis reducido, tanto para homes como para mulleres, correspóndese coas persoas con maior grao de discapacidade (de 75% ou máis).

## I. DIAGNÓSTICO DA SITUACIÓN DE PARTIDA

### CUANTIFICACIÓN DAS PERSOAS CON DISCAPACIDADE E PERSOAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA RECOÑECIDA EN GALICIA

Gráfico 22. Distribución porcentual da poboación con discapacidade por grao e sexo



Fonte: Estudo sobre discapacidade e xénero. Xunta de Galicia-2011 (a partir do Censo de persoas con discapacidade de Galicia).

Non obstante, é importante sinalar o dato da **autopercepción da discapacidade**. Segundo a Enquisa sobre discapacidades, autonomía persoal e situacións de dependencia 2008 (EDAD-2008), a poboación con discapacidade en Galicia ascendería a preto de 293.000 persoas, das cales 181.000 (o 61,8%) serían mulleres e 112.000 (o 38,2%) serían homes. Isto supón unha taxa de incidencia de 113 persoas con discapacidade por cada 1000 habitantes, 134 mulleres de cada 1000 e 90 homes de cada 1000 <sup>4</sup>.

Táboa 9. Poboación con discapacidade en Galicia por idade e sexo

	Mulleres	Homes	Total
De 6 a 44 anos	17,4	20,7	38,0
De 45 a 64 anos	35,6	28,8	64,5
De 65 a 79 anos	59,8	35,8	95,6
De 80 e máis anos	68,2	26,7	94,8
<b>Total</b>	<b>181,0</b>	<b>112,0</b>	<b>292,9</b>

Unidades: miles de persoas de 6 e máis anos.

Fonte: elaboración propia a partir dos datos da Enquisa sobre Discapacidades, Autonomía persoal e situacións de Dependencia EDAD 2008 (INE), datos por CC.AA (Galicia).

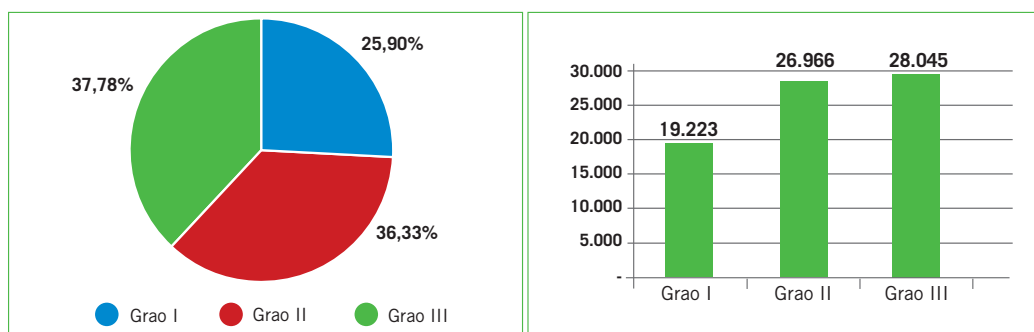
<sup>4</sup> A taxa segundo a EDAD 2008 é diferente da que resulta do Censo de discapacidade de Galicia. Iso débese á diferente procedencia dos datos. Do Censo resulta unha taxa de 75,9. Se a taxa se calcula por cada 100 habitantes, entón estaríase con taxas do 13% (segundo a EDAD) e do 7,6% (segundo o censo). No caso da enquisa estase a falar de "autopercepción" das persoas entrevistadas; é dicir, persoas que se autoconsideran con discapacidade, pero que non necesariamente dispoñen do certificado oficial que acredita a dita condición.

### 1.5.2 Cuantificación das persoas en situación de dependencia

Segundo datos oficiais, con data do 1 de setembro de 2012, en Galicia foron valoradas 82.825 persoas (5,41% do total en España), das cales 8591 (o 10,37% do total) non acadaron ningún grao de dependencia segundo a escala de valoración.

En relación coas 74.234 persoas en situación de dependencia, segundo o grao de dependencia recoñecido, cabe dicir que o grao III (gran dependencia) é o grupo máis representativo chegando preto do 38%; séguelle o grupo do grao II (dependencia severa) cunha porcentaxe do 36,33%. Finalmente, as persoas valoradas cun grao I (dependencia moderada) representan case o 26% do total.

Gráfico 23. Persoas con dependencia recoñecida por grao de dependencia. Distribución porcentual e números absolutos



Fonte: elaboración propia a partir dos datos subministrados polo Sistema de Información do Sistema para a Autonomía e Atención á Dependencia (SISAAD); 1 de setembro de 2012.

### 1.5.3 Proxeccións da poboación con dependencia en Galicia para os anos 2015 e 2020

O Instituto Universitario de Estudos e Desenvolvemento de Galicia (IDEGA) realizou unha estimación da poboación en situación de dependencia en Galicia por grao de dependencia, para os anos 2015 e 2020.

A estimación realizouse a partir dos datos do censo de persoas con dependencia correspondentes a xaneiro de 2012 e as cifras de poboación de 2011. Polo tanto, a partir das prevalencias por idade das situacións de dependencia nos diferentes graos observados no Sistema de Información do Sistema para a Autonomía e Atención á Dependencia - SISAAD, estímase o número de persoas con dependencia por grao desta, mediante a aplicación das prevalencias ás proxeccións de poboación por tramos de idade elaboradas a escala municipal.

A táboa e gráficos seguintes reflicten os datos de proxección resultantes, nos que se observa o crecemento previsto da poboación en situación de dependencia en Galicia para cada grao e para o total no período 2012-2020, pasando de 74.842 persoas en 2012 a 80.936 en 2020.

## I. DIAGNÓSTICO DA SITUACIÓN DE PARTIDA

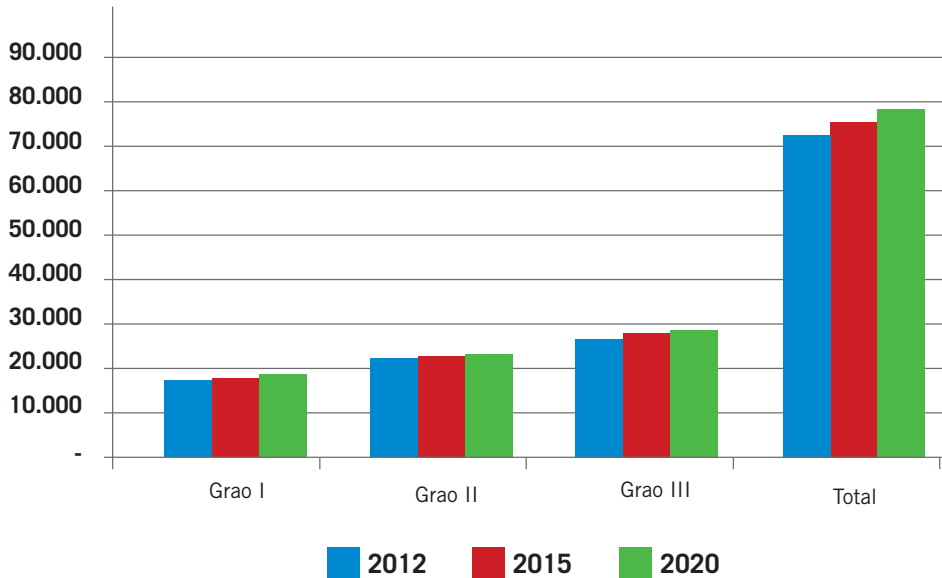
### CUANTIFICACIÓN DAS PERSOAS CON DISCAPACIDADE E PERSOAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA RECOÑECIDA EN GALICIA

Táboa 10. Proxeccións de poboación en situación de dependencia maior de 16 anos en Galicia por grao de dependencia, 2015 e 2020

Ano/Grao	Grao I	Grao II	Grao III	Total
2.015	19.321	27.261	31.072	77.654
2.020	20.107	28.344	32.485	80.396

Fonte: proxeccións elaboradas polo Instituto Universitario de Estudos e Desenvolvemento de Galicia (IDEGA).

Gráfico 24. Evolución 2012-2020 da poboación en situación de dependencia en Galicia por grao. Valores absolutos

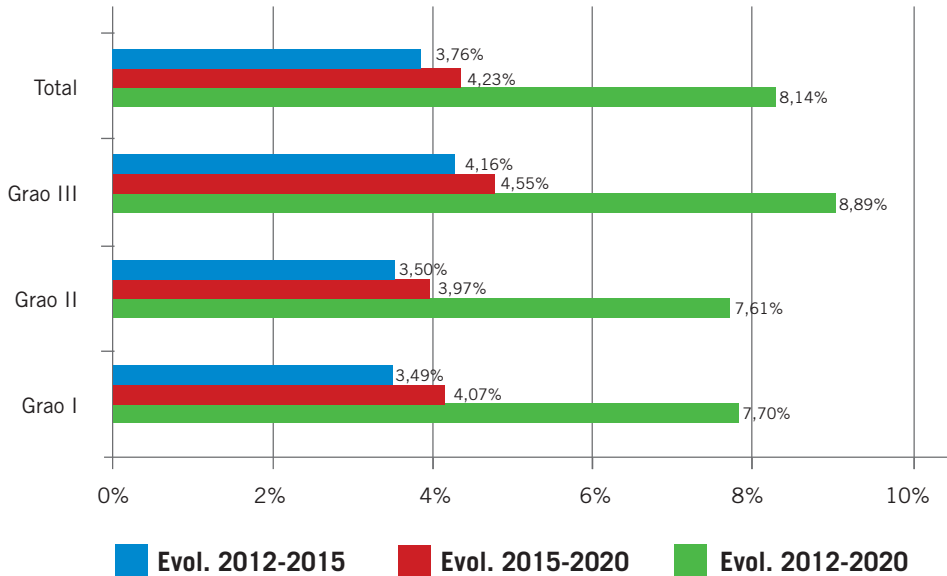


Fonte: proxeccións elaboradas polo Instituto Universitario de Estudos e Desenvolvemento de Galicia (IDEGA).

A poboación con dependencia de grao III (gran dependencia) crece no período observado un 8,89%, algo por enriba incluso do crecemento do total da poboación en situación de dependencia que crece entre o 2012 e o 2020 un 8,14%. O número de persoas con grao II (dependencia severa) crecería no período observado un 7,61%, mentres que o grao I aumentaría un 7,70%.



Gráfico 25. Evolución no período observado da poboación en situación de dependencia en Galicia por grao e total. Porcentaxe de variación



Fonte: proxeccións elaboradas polo Instituto Universitario de Estudos e Desenvolvemento de Galicia (IDEGA).

## 1.6 AS NOVAS TECNOLOXÍAS E A DEPENDENCIA

As novas tecnoloxías (NNTT) revélanse, na actualidade, como un medio moi importante do acceso á información e a determinados recursos, e facilitan a igualdade de oportunidades, a mellora da calidade de vida e o benestar social que lles afecta de forma moi particular ás persoas en situación de dependencia ou en risco de padecela, tanto na súa atención, como na súa autonomía persoal, incrementando a posibilidade de contribuír e participar na sociedade.

Non cabe dúbida de que a atención ás persoas en situación de dependencia converteuse nun dos eixos esenciais da política social europea, española e galega. Na actualidade, as administracións teñen o desafío de atender as necesidades daquelas persoas que, por atoparse nunha situación de vulnerabilidade, requiren apoios para desenvolver as actividades esenciais da vida diaria, lograr unha maior autonomía persoal e poder exercer plenamente os seus dereitos como cidadáns e cidadás.

Tendo en conta que estas persoas prefiren, nun 87%, a permanencia no seu fogar e que a atención por parte de familiares, habitual no pasado, vese na actualidade condicionada pola situación profesional destes (distancia xeográfica, incorporación das mulleres ao mercado laboral etc.), a permanencia no fogar supón a necesidade de ofrecer servizos profesionais in situ, no domicilio habitual. Nesta situación, as NNTT preséntanse como un pilar moi importante para esta tarefa.

Como xa se puxo de manifesto, máis dun 22% da poboación galega actual supera os 65 anos, o que fai que a Comunidade Galega sexa unha das máis envellecidas de todo o estado español e, polo tanto, teña que ser unha das comunidades autónomas onde estas políticas sexan un eixo básico na atención futura de persoas en situación de dependencia. O Goberno Autonómico de Galicia adoptou unha actitude proactiva, e apostou por proxectos que están permitindo contribuír de maneira eficiente á mellora da calidade de vida das persoas maiores e das persoas con algún grao de dependencia. O Plan Galego das Persoas Maiores 2010-2013, Horizonte 2015, o Plan de acción integral para as persoas con discapacidade de Galicia e esta Estratexia para a prevención e detección precoz da dependencia en Galicia, Horizonte 2020, impulsados pola Consellería de Traballo e Benestar, a través da Secretaría Xeral de Política Social, da Xunta de Galicia, son un bo exemplo.

### 1.6.1 A situación actual

Estudos recentes non deixan dúbida da importancia das NNTT para poder acadar unha boa calidade de vida nos colectivos de persoas maiores e de persoas en situación de dependencia, xa que son numerosos os beneficios e vantaxes que achegan, e contribúen a incrementar, nestes colectivos, o seu nivel de autonomía persoal, e favorecen un envellecemento activo. Nestes casos a calidade de vida fundaméntase, sobre todo, arredor da saúde (ausencia de enfermidade e bo estado físico), o maior nivel posible de autonomía persoal, e o grao de interacción e integración social.

Neste sentido, todos os colectivos implicados consideran que os medios técnicos e tecnolóxicos serán fundamentais no futuro, xa presente, á hora de apoiarlles na superación das súas limitacións. Nesta liña, o desenvolvemento de ferramentas tecnolóxicas, cada vez máis adaptadas ás persoas maiores e ás persoas en situación de dependencia, pasa por coñecer realmente as súas verdadeiras necesidades sentidas ou demandadas.

O Observatorio de Vixilancia Tecnolóxica Visión 2020 do Sector, orientou os estudos realizados durante o ano 2012, coa finalidade de dispor da base de coñecemento necesaria para desenvolver as accións específicas coas que promover o desenvolvemento de NNTT ao servizo das persoas maiores. Dos ditos estudos despréndese que estas deben procurar unha mellora efectiva da calidade de vida das persoas usuarias, encamiñada estratexicamente cara aos principais significados que estas lles dan: a saúde, a autonomía e a comunicación e interacción social.

As persoas maiores recoñecen que os adiantos tecnolóxicos melloraron notablemente a súa calidade de vida e que para elas un aparello terá unha boa acollida se implica un curto período de adaptación, se resulta de fácil manexo, se reporta un beneficio a curto prazo e se responde a algunha necesidade básica. O 95,4% considera que realmente é posible un aproveitamento maior das NNTT existentes, xa que o nivel de información que teñen delas é moi baixo (1,91 sobre 5), ao igual que o seu interese (2,28 sobre 5). Ambos os dous aspectos deberían de mellorarse, para o que consideran que hai que facer un maior esforzo en sensibilización, información, formación e, nalgúns casos, tamén en axudas económicas.

As familias propoñen que as NNTT se desenvolvan co obxectivo de proporcionarlles un maior grao de autonomía ás persoas usuarias, ao mesmo tempo que facilitan a vida das persoas coidadoras. Suxiren tamén que se innove no desenvolvemento de novos aparellos, cunha base tecnolóxica altamente implantada, como pode ser a TV ou a telefonía móbil.

Os e as profesionais inciden en que a formación e información sobre as NNTT debe comezar antes da xubilación, débense aproveitar as infraestruturas materiais e humanas dos concellos e centros de saúde, incrementar a oferta de cursos de informática, internet e outras tecnoloxías para maiores, e adaptar didacticamente os contidos dos cursos ás verdadeiras capacidades das persoas destinatarias. Apostan pola innovación en domótica, sistemas de xeoposicionamento persoal, asistencia sanitaria a través de videochamada, axudas técnicas á mobilidade que favorezan a autonomía persoal e unha maior implantación da teleasistencia convencional.

Os estudos poñen de manifesto que, en xeral, o mundo da informática segue a ser un gran descoñecido para as persoas maiores e que o uso de Internet ten unha escasa implantación. Todo o contrario que no caso da TV e da telefonía móbil, polo que estas constitúen unhas magníficas canles de crecemento e de posibilidades futuras.

Nunha análise comparativa da valoración da calidade de vida percibida entre persoas que usan novas tecnoloxías (teléfono móbil, ordenador e internet e posúen ademais un alto nivel de información) e as que non as usan (non utilizan estes dispositivos e posúen un nivel de información baixo) obtéñense diferenzas favorables ao grupo que as usa, nas dimensións de saúde, confort, motivación, vida afectiva e estado cognitivo, e son máis significativas no caso das tres últimas. Como consecuencia, propóñense, no aspecto tecnolóxico, varias accións en áreas prioritarias de traballo para mellorar a atención das persoas usuarias:

- i) Potenciar a teleasistencia.
- ii) Desenvolvemento de dispositivos e software para retardar o deterioro cognitivo das persoas maiores.
- i) Desenvolvemento de dispositivos que favorezan a comunicación e a interacción social.
- ii) Desenvolvemento de dispositivos que favorezan a autonomía persoal e a mobilidade.
- iii) Desenvolvemento de dispositivos para un mellor aproveitamento do tempo de lecer do que dispoñen as persoas maiores.

Nun recente estudo da Fundación Vodafone (Los futuros mayores y las TIC. Un análisis predictivo, 2012), analízase a situación en Galicia de persoas de entre 56 e 70 anos en canto á penetración e uso de determinadas tecnoloxías da información e da comunicación (TIC). Nelponse de manifesto que o uso do teléfono móbil é superior (94,1%) á media do resto de España (91,1%), e as mulleres galegas son máis activas (95,5%) que a media nacional (90,2%) e os homes galegos lixeiramente menos (92,2%) que no resto de España (92,7%).

En canto ao uso de internet, unicamente a franxa de 66 a 70 anos se atopa por baixo da media española. Nos tramos de 56 a 60 anos e de 61 a 65 anos, hai unha maior utilización de internet das galegas e galegos que no conxunto do estado, e é menor na franxa 66 a 70 anos. Pola contra, á utilización das redes sociais, en comparación co estado español, para todos os grupos de idade e sexo, presenta escasa penetración. Salvo neste caso, a poboación galega entre 56 e 70 anos, que deberá ser un dos colectivos diana da Estratexia de prevención e detección precoz da dependencia en Galicia, horizonte 2020, está en mellores condición formativas e de uso das TIC que os colectivos do resto do estado.

### 1.6.2 Grupos de novas tecnoloxías

Utilizando o criterio da penetración na sociedade, a accesibilidade e utilidade, as NNTT poden agruparse en:

- **NNTT de alta implantación**, que son as referidas a aqueles dispositivos implantados de maneira masiva, moi útiles e de fácil accesibilidade e manexo; a TV e a telefonía móbil son un claro exemplo. As persoas en situación de dependencia e as súas familias non teñen dificultades importantes na súa utilización, ao tempo que os e as profesionais non dubidan en afirmar que posúen un enorme potencial aínda por explotar, tanto en termos de atención sanitaria, como de interacción social, polo que se fai explícita a necesidade de innovar no desenvolvemento de novas aplicacións para estes recursos.
- **NNTT de desenvolvemento potencial**, que recollería aqueles dispositivos moi útiles pero moito menos accesibles na actualidade. Exemplos son algúns dos diferentes equipamentos do fogar vinculados á saúde (grúa, colchón antiescaras, cama articulada e cinta de andar, entre outros) ou TIC coma o ordenador, internet e redes sociais, de menor implantación, aínda que as persoas en situación de dependencia e as súas familias non presentan rexeitamento á súa utilización e son consideradas de gran interese por parte dos e das profesionais.

### 1.6.3 Tipos de servizos que se poden ofertar mediante TIC

As TIC deberán incidir nalgún, ou varios, dos seguintes servizos:

#### • Servizos sanitarios

As aplicacións máis usuais baséanse fundamentalmente en sistemas de telemonitorización de diferentes sinais biomédicos, a detección de posibles situacións anómalas ou de risco, a xeración de alertas ante estes e a teleconsulta, conceptualmente agrupadas baixo o termo telemedicina. A detección dunha situación de risco pode recomendar o establecemento dunha comunicación directa co persoal sanitario, polo que moitos sistemas inclúen mecanismos de comunicación, habitualmente a través de videochamada, entre o centro de atención, os/as profesionais e o propio fogar.

Segundo os resultados dos estudos do Observatorio de Vixilancia Tecnolóxica Visión 2020, existe unha serie de patoloxías nas que a utilización da telemedicina se considera de grande utilidade no seu seguimento e control:

- i) Enfermidades asmáticas (servizos de medición da capacidade pulmonar ou ben sistemas de medición oximétricos do pulso, medidores para o control de ácaros, po etc.).
- ii) Enfermidades circulatorias como a hipertensión (servizos de tensiómetros).
- iii) Enfermidades cardíacas como as arritmias.
- iv) Enfermidades respiratorias como a enfermidade pulmonar obstrutiva crónica (EPOC), bronquite crónica ou enfisema pulmonar.
- v) Control da evolución da diabetes mediante o establecemento de medicións de glicosa.
- vi) Apoio na enfermidade de Alzheimer, con aplicacións para o control diario de actividades e exercicios de memoria.
- vii) A insuficiencia renal ou a depresión ou ansiedade, mediante a conexión directa co/coa especialista.
- viii) A insuficiencia renal ou a depresión ou ansiedade, mediante a conexión directa co/coa especialista.

En calquera caso, os datos fornecidos polo sistema poden alertar ao centro de control da necesidade de actuación dun/ha profesional ou xerar unha alarma para a intervención dun recurso de urxencias.

### • Servizos sociais e de acompañamento

Caracterízanse por establecer unha canle de comunicación entre o fogar e un centro de control e atención desde o que se presta, habitualmente a través da liña telefónica, o soporte necesario. Esta canle é utilizada por profesionais do centro de atención para poñerse en contacto de forma periódica coas persoas usuarias.

As motivacións destes contactos periódicos son múltiples, o recordatorio de tomas de medicación, a axuda ao mantemento de hábitos diarios como as comidas regulares, horarios de sono, hixiene persoal ou simplemente para preguntar sobre a percepción que a persoa ten sobre o seu estado xeral. Ante unha situación anómala, esta canle tamén pode ser activada pola persoa usuaria, dado que o sistema é bidireccional.

O mecanismo de activación frecuentemente é mediante a pulsación dun botón, localizado nunha pulseira ou nun colgante. Isto permite sentir unha sensación de seguridade, xa que en calquera momento e ante calquera situación, a persoa usuaria e o centro de atención pódense por en contacto e, de ser necesario, iniciar os procedementos de atención oportunos

A utilización deste tipo de sistemas non presenta, a día de hoxe, a limitación de ofrecer estes servizos exclusivamente no domicilio da persoa usuaria. O desenvolvemento da telefonía móbil e os sistemas de xeoposicionamento por GPS que inclúen a maioría dos terminais actuais, permiten estender este contorno de seguridade ao exterior do domicilio, e que as comunicacións entre o centro de atención e a persoa usuaria, iniciadas en calquera dos dous sentidos, se leven a cabo tanto no propio fogar como fóra del. Deste xeito é posible, por exemplo, que unha persoa solicite axuda ao seu centro de atención cando se atope desorientada ou sufra algún accidente, unha vez que saíu da súa casa.

### • Servizos de soporte a tarefas diarias

Son os que proporcionan axuda na realización de tarefas cotiás, especialmente naquelas persoas con algunha discapacidade ou grao de dependencia, que requiren da presenza física dun asistente no fogar (axuda para vestirse ou espirse, localización frecuente de obxectos en persoas con Alzheimer etc.). Nestes casos, as TIC teñen maior dificultade para ofrecer alternativas no domicilio, xa que en moitos casos hai necesidade de asistencia persoal. Entre os servizos de axuda ás tarefas diarias pódense mencionar:

- i) O autocoidado no fogar, con dispositivos que recorden a toma de medicación.
- ii) A axuda para localización de obxectos (chaves, móbiles, lentes etc.) mediante dispositivos que emiten sinais sonoras ou visuais, e facilitan a localización de pequenos obxectos dentro do fogar, especialmente pensados para aquelas persoas que sofren enfermidades que poden minguar a memoria.
- iii) O mantemento dun ritmo día noite saudable que se pode controlar mediante a utilización de sensores que detectan os períodos nos que se fai uso da cama.
- iv) O control e coidado na limpeza do fogar mediante sistemas baseados en sensores para o control deste tipo de actividades. Máis incipiente, e de difícil penetración polo seu custo, é o caso dos robots especializados en determinadas tarefas, aínda en estado de investigación e desenvolvemento.
- v) O mantemento de horarios saudables mediante o control da iluminación por sensores.

vi) Os sistemas que axudan ou facilitan os procesos de vestirse e espirse, mediante a utilización de vídeos ilustrativos con procedementos sinxelos e adaptados a persoas cun determinado grao de dependencia para que poida levar a cabo estas tarefas de forma autónoma.

vii) O control de hábitos alimenticios saudables, inxestión suficiente e equilibrada de alimentos, asistencia para a creación dunha dieta personalizada, recomendacións para o control de peso, información sobre a interacción entre alimentos e medicamentos, sistemas de axuda para a preparación das comidas, compra de alimentos etc., que poden apoiarse con vídeos que conteñan consellos e recomendacións, ata sistemas que permiten controlar o acceso ao frigorífico e as súas existencias, coa posibilidade de realizar unha telecompra en supermercados que dispoñan de venda en liña.

viii) O mantemento da hixiene persoal que tamén pode apoiarse con sistemas de auto recordatorio para os hábitos hixiénicos principais, mediante ferramentas que controlan o acceso ao baño e á ducha, e detectan períodos catalogados, a priori, como de actividade ou inactividade nas tarefas vinculadas á hixiene persoal. Inclúense tamén neste punto sistemas incipientes para o control da incontinencia mediante pezas sanitarias intelixentes.

#### • **Servizos de formación**

A inversión da pirámide de poboación e a mellora dos servizos sanitarios e asistenciais nas sociedades desenvolvidas, como a galega, trae como consecuencia un incremento notable do número de persoas maiores nunhas condicións intelectuais óptimas. O colectivo de persoas xubiladas con interese en adquirir novos coñecementos e acceder a nova formación é cada vez maior. O motivo adoita ser estritamente vocacional, a persoa maior aproveita a dispoñibilidade de tempo libre para formarse en novas disciplinas, ben sexa de forma regulada ou completamente informal.

Á marxe do acceso a contidos formativos por pura inquietude intelectual, existen dispositivos que fan uso das características propias dos sistemas de formación dixitais para achegar determinados contidos específicos para os colectivos de maiores ou de persoas con algún grao de dependencia. Entre estes, como xa se fixo mención, atópanse as ferramentas que se apoian en vídeos e outros materiais multimedia e dixitais para axudar en determinadas tarefas da vida diaria que poden verse dificultadas polas limitacións propias dunha situación de dependencia ou pola idade.

Outro aspecto que se fomenta especialmente nos sistemas de formación é o da prevención de enfermidades. Existe unha ampla oferta de aplicacións que ofrecen sistemas de formación en plataformas dixitais para formar, nas principais características de certas enfermidades, cun obxectivo dobre, por unha banda, facilitar a detección temperá dos seus síntomas e, por outro, fomentar un autocoidado eficaz no caso de enfermidades diagnosticadas.

#### **1.6.4 Incremento da oferta de TIC**

Como resultado desta nova situación produciuse, nos últimos anos, un incremento da oferta dedicada á utilización das TIC nos contornos das persoas maiores, con algunha discapacidade ou con algún grao de dependencia. Os numerosos sistemas e dispositivos que o mercado ofrece é un claro exemplo disto.

O Observatorio de Vixilancia Tecnolóxica Visión 2020 analizou e comparou, en 2012, 29 destes sistemas e dispositivos que as empresas, asociacións, fundacións e universidades teñen

actualmente no mercado a disposición da poboación. Cada un deles presenta características diferenciadoras, aínda que resulta sinxelo identificar elementos comúns na maioría das ofertas que basicamente poden diferenciarse entre as de servizos sanitarios e as de servizos sociais. A maioría abarca, en proporcións diferentes, os dous aspectos, sanitario e social. Outros son moi específicos centrándose na oferta dun único tipo de servizos.

Os sistemas sanitarios que foron obxecto de comparación (Artemis, Aviva, Cardiocom, CompanionAble, E-CliniQ, Eocene, InLife, Intel Health Guide, Health Buddy, McKesson, Omni, Philips Remote Patient Monitoring, Philips Motiva, RecorDate, T-Asisto, Telegerontoloxía, TeleMedCare, SAM-TV Weel@Home, Wirelles Complete Health Monitoring) permiten, mediante a telemonitorización certas análises, probas e obtención de datos de ECG, actigrafía, espirometría, glicosa, peso, presión arterial, pulso, saturación de osíxeno e temperatura. En cinco casos permiten unha consulta remota por audio e vídeo co centro de atención: Aviva, Intel Health Guide, Omni, Philips Motiva, SAM-TV e Telegerontoloxía. Estes últimos son os que ofrecen maiores posibilidades asistenciais e destacan en canto á súa calidade e control dos parámetros de saúde, dado que van máis aló que a mera obtención de datos.

Outra característica que se percibe de forma crecente no grupo dos sistemas sanitarios é a oferta de ferramentas que lle dan soporte á autonomía da persoa usuaria. Por unha parte, a oferta vai desde vídeos e outro material que lle permite ao usuario ou usuaria informarse sobre a súa enfermidade, formarse para a identificación de novos síntomas (en ocasións mediante un procedemento de pregunta resposta guiado) e aprender a enfrontarse á propia enfermidade, recomendándolle hábitos de vida máis saudables e máis adaptados á doenza que padece.

Relacionado con este punto, atópanse ferramentas de axuda á rehabilitación no propio fogar, e é frecuente ofrecer acceso a vídeos explicativos para a realización de exercicios físicos, para identificar as pautas, a frecuencia de realización etc. Á marxe dos exercicios físicos, tamén existen sistemas que permiten a realización autónoma de exercicios que promoven o mantemento da axilidade mental da persoa usuaria, así como a rehabilitación cognitiva.

Os sistemas correspondentes aos servizos sociais que foron obxecto de comparación (Asispa, AsisT, Aviva, Cardiocom, CompanionAble, Cruz Roja, E-Cliniq, Eulen, Igon, MiAvizor, McKesson, Omni, Philips Motiva, SAM-TV, SarQuavitae, Skeeper, T-Asisto, Telegerontoloxía, Tunstall, Weel@Home) permiten unha asistencia continua (24X7) mediante comunicación por audio e vídeo, tendo, nalgúns casos, función de axenda, telealarma e xeolocalización. Na maioría é o “botón de alarma” o que permite enviar unha mensaxe de urxencia a un centro de asistencia. O procedemento habitual consiste en intentar establecer unha comunicación co usuario ou usuaria para identificar o tipo de alarma e o procedemento que se debe seguir e, en caso de non ser posible, acudir ao seu domicilio de forma inmediata.

Seis sistemas (Cardiocom, Igon, Omni, Philips Motiva, SAM-TV, SarQuavitae, e Telegerontoloxía) permiten o servizo de compañía mediante comunicación visual e auditiva. Tres sistemas (Asispa, Cruz Roja, SAM-TV e Skeeper) permiten funcións de xeolocalización en combinación con sistemas GPS. Desta forma é viable atender situacións de urxencia, non só no fogar, senón tamén fóra deste, sen necesidade de que a persoa beneficiaria do servizo teña que identificar onde se atopa.

Recentemente xurdiron nas universidades galegas ofertas tecnolóxicas, á marxe dos convencionais sistemas de teleasistencia asociados ao “botón de alarma”, que facilitan a detección de situacións anómalas e, potencialmente de urxencia, sen necesidade da solicitude explícita de axuda por parte da persoa usuaria.

O sistema “MiAvizor”, de prevención sociosanitaria, utiliza sensores non intrusivos que poden identificar se a persoa segue, ou non, os seus hábitos de comportamento no fogar (transcurso de moito tempo desde a hora na que adoita levantarse ou deitarse), detectar situacións de perigo como unha caída que a inhabilite para solicitar axuda, detectar se sae da súa casa e identificar e notificarlle se, por exemplo, pechou as fiestras, apagou a cociña ou ben que leve as súas chaves antes de saír. É un sistema con capacidade de crecemento que complementa as prestacións doutros sistemas.

Os sistemas SAM-TV e Telegerontología inciden nos aspectos sanitario e social. O primeiro é un servizo de atención á persoa maior baseado na tecnoloxía da TV actual, caracterizado por ser un sistema aberto que permite unha configuración personalizada, na que se poden engadir aplicacións en función das necesidades de cada persoa usuaria, tales coma redes sociais adaptadas ás persoas maiores, acceso a internet, televisión á carta, xogos de todo tipo, exercicios para mantemento da memoria, función de axenda para recordar tomas de medicación ou datas como un aniversario etc. Tamén permite, a través da televisión, comunicarse coas persoas coidadoras ou familiares, facer unha consulta ou controlar a tensión ou a saturación de osíxeno. Unha das grandes vantaxes deste sistema é que a súa utilización se basea no habitual mando da TV ou no propio movemento da persoa usuaria mediante o sistema *kinect*. O segundo sistema ofrece posibilidades semellantes, tendo como tecnoloxía Internet, mediante todas as formas de conexión, xa que require dun ancho de banda que calquera empresa de comunicación oferta nos seus contratos básicos.

Os tres sistemas son modulares, e permiten a incorporación paulatina de módulos específicos para adaptarse ás condicións e necesidades da persoa usuaria. Dado que esta necesitará de diferentes axudas e servizos, os sistemas que teñan maior capacidade de evolución, ao mesmo tempo que a persoa usuaria a demanda, son os que terían un mellor percorrido en canto á súa implantación e penetración na sociedade.

Esta análise das diferentes ofertas tecnolóxicas puxo de manifesto unha serie de carencias:

- i) Non existe un sistema que cubra todas as necesidades dunha persoa en situación de dependencia no seu domicilio.
- ii) Existe unha falta de interese por parte dos provedores destes servizos para ofrecer mecanismos de interoperabilidade que faciliten a comunicación e integración duns sistemas con outros, de xeito que os produtos analizados son pechados, ou case, e non facilitan a súa combinación para crear ferramentas completas.
- iii) Poucos sistemas contemplan servizos que pretendan mellorar ou contribuír a incrementar a felicidade de usuarios e usuarias. Calquera persoa en situación de dependencia, do mesmo xeito que calquera outro ser humano, non está en condicións de saúde óptimas, séntese triste ou soa. O feito de que as súas constantes vitais sexan perfectas é estean controladas, que siga fielmente os hábitos de conduta establecidos polos seus asistentes e que non teña ningún contratempo nos últimos días, non garante a súa felicidade. Por iso o uso das TIC para axudar a manter un nivel de calidade de vida elevado, tamén ten que contribuír á felicidade das persoas. Neste aspecto aínda é necesario explotar as posibilidades das TIC para ofrecer servizos que, adaptados ás persoas usuarias, faciliten o entretemento e a socialización, mediante o contacto con outras persoas, familiares e amizades.



### 1.6.5 Adecuación das TIC no futuro próximo

De xeito xeral, calquera aplicación tecnolóxica, para que teña boa acollida entre as persoas en situación de dependencia e o seu contorno (familiares e persoas cuidadoras), debe implicar unha fácil adaptación, resultar de manexo sinxelo, que supoña un beneficio real a curto prazo e que dea resposta eficaz a algunha necesidade básica. A análise da información proporcionada tanto polas potenciais persoas usuarias, como por familiares e profesionais, recomenda **apostar por dispositivos que permitan mellorar o equipamento dos fogares**, sobre todo, no que se refire a **elementos vinculados á saúde, ao confort, á domótica e aos dispositivos e software** que permitan aplicacións para **retardar o deterioro cognitivo das persoas**.

No desenvolvemento das TIC, no eido da dependencia, deberían terse en conta certos aspectos tecnolóxicos, que terán incidencia no custo final que supoña para as persoas usuarias e para a sociedade a implantación e expansión destas tecnoloxías. Maioritariamente os sistemas utilizan unha pasarela, no fogar ou centro residencial habitual do usuario ou usuaria, á que se poden conectar diferentes periféricos, para obter datos (sinais biomédicas e outros) que logo son analizados de xeito automático ou manual no centro de control. Os terminais para obter ditos sinais están ligadas a solucións do propio fabricante, xa que é este quen proporciona a pasarela e define as características e modos de conexión dos medidores compatibles, polo que non resulta factible, por exemplo, integrar un medidor dun fabricante coa pasarela residencial ofrecida por outro.

A Administración deberá impulsar, promover e utilizar, no ámbito da súa competencia, aqueles servizos a través das TIC que, ademais de ter a calidade e utilidade suficiente para a persoa usuaria, **aposten por sistemas universais, abertos e compatibles**, que cumpran cos requisitos de *design for all* e que complementen os xa existentes, busquen sinerxías entre os mesmos e, polo tanto, contribúan á **sostibilidade e viabilidade futura do sistema**.

Por outra banda, faise necesario un maior esforzo con relación á **información, sensibilización e formación** en NNTT das persoas en situación de risco de dependencia e dos/das profesionais e, así mesmo, no incremento de **accións que favorezan un acceso**, por parte dos colectivos con menores recursos, **ás innovacións tecnolóxicas**. Tamén é necesario evitar que o uso extensivo destas tecnoloxías teñan como consecuencia unha “fuxida familiar”, de xeito que a excesiva tecnificación leve a un deterioro do contacto persoal de familiares e profesionais, o que constitúe un risco moi importante que pode afectarlle á dignidade da persoa.

Hai que ser optimistas en relación coa “fenda dixital”, xa que segundo se desprende do estudo da Fundación Vodafone, as persoas que serán maiores nos próximos anos en Galicia, actualmente entre 56 e 70 anos, mostran una actitude favorable ao uso das TIC, especialmente da telefonía móbil, da que son, de feito, usuarias de forma maioritaria. Isto parece reducir o risco de exclusión e facilitará o acceso destas persoas, cando alcancen unha idade máis avanzada, a múltiples recursos encamiñados a mellorar as súas condicións de vida.

Non entanto, esta primeira impresión require dunha importante cantidade de matices, que escurecen en certa forma o panorama e reflicten o **traballo que aínda queda por facer**. En primeiro lugar, aínda que o **teléfono móbil** é unha tecnoloxía practicamente universal, existen grupos de persoas que ou ben aínda non o utilizan (unha cuarta parte das persoas con formación inferior aos estudos primarios) ou realizan un uso relativamente pobre, limitados nalgúns casos pola dificultade para a aprendizaxe, que depende con frecuencia de familiares que non dedican o tempo ou a paciencia que serían necesarios. Neste sentido, o esforzo non debe orientarse a lograr que as persoas utilicen o móbil todos os días, senón a que teñan a posibilidade de sacarlles

partido aos terminais dos que dispoñen, co fin de satisfacer en maior medida as súas necesidades. Os usuarios e usuarias cuestionan o **grao de adaptación dos móbiles ás súas necesidades**, e non demandan aparellos excesivamente complexos que permitan infinitas funcionalidades, senón terminais cunha pantalla grande, botóns manexables e de uso sinxelo. Deste xeito, respecto da telefonía móbil, unha vez vencida a barreira do acceso á tecnoloxía, é necesario vencer outras barreiras, as do acceso ás funcionalidades que, máis aló de chamar e recibir chamadas, ten actualmente esta TIC.

Polo que se refire a **Internet**, os datos mostran claramente como a porcentaxe de persoas usuarias debe crecer nos próximos anos, aínda que, salvo disrupcións tecnolóxicas (por outra banda, aspecto habitual) farao dunha forma probablemente lenta, dadas as importantes dificultades para o acceso que teñen as persoas cunha formación inferior aos estudos secundarios. Deste xeito, a “fenda dixital” neste recurso seguirá existindo, e posiblemente exclúa ás persoas con menor nivel formativo, que habitualmente son tamén as que teñen empregos menos cualificados e salarios ou pensións máis modestas.

Debido en boa medida ás súas compoñentes lúdicas e de establecemento e mantemento de contactos con outras persoas, as **redes sociais** poden supor nos próximos anos unha ferramenta que favorecerá a redución do sentimento de soidade e illamento en moitas persoas, e contribuirá á súa felicidade. Isto será especialmente posible, cun nivel mínimo de formación, xa que a adquisición de destrezas básicas no uso de internet é a porta de entrada necesaria ás súas diferentes funcionalidades.

Pese a todos os avances en diferentes tipos de tecnoloxías e ferramentas, como exemplo paradigmático das NNNT, cómpre resaltar o carácter estratéxico que ten no noso contorno un recurso tecnoloxicamente sinxelo, a **teleasistencia básica por telefonía fixa**. Os e as profesionais non dubidan en recalcar entre os seus grandes beneficios a seguridade que proporciona, a posibilidade de atender de maneira rápida e efectiva posibles urxencias ou eventualidades, o seu potencial para evitar o illamento, proporcionar unha sensación de acompañamento e interacción social e favorecer a coordinación dos e das diferentes profesionais e servizos. Non obstante, é preciso un esforzo para **superar algunhas das súas limitacións actuais**, coma a súa esixencia no aspecto técnico e a dificultade de acceso a este polo desequilibrio entre a escasa oferta e a importante demanda.

### Como conclusión:

- hai que sinalar a necesidade de **seguir apostando por un desenvolvemento tecnolóxico** no eido da **prevención e detección precoz da dependencia** que deberá ter un carácter **estratéxico**,
- **orientado a áreas como a saúde, a autonomía persoal e a comunicación e interacción social**,
- e a **segmentos de poboación concretos**, que deberán constituír os colectivos diana da estratexia de prevención, como:
  - as persoas maiores de 55 anos, especialmente mulleres,
  - as persoas que teñen algunha discapacidade,
  - as persoas solicitantes de valoración de discapacidade ou do grao de dependencia,
  - as persoas que residen no medio rural,
  - e as persoas que viven soas.

## CAPÍTULO II.

# ESTRATEGIA PARA A PREVENCIÓN E DETECCIÓN PRECOZ DA DEPENDENCIA EN GALICIA, HORIZONTE 2020. PROPOSTAS DE ACTUACIÓN

### 2.1 INTRODUCCIÓN. MARCO CONCEPTUAL E CONTEXTUAL

Algúns conceptos que resultan altamente familiares, e que constitúen en gran medida o obxectivo deste documento son os de “**autonomía persoal**” e “**situación de dependencia**”. A autonomía persoal é posible mesmo en situacións de graves limitacións físicas e psíquicas, aínda que a complexidade desta relación vén marcada pola capacidade das persoas para enfrontarse coas súas propias limitacións, coa finalidade de alcanzar as maiores cotas de autonomía persoal.

O debate sobre os dereitos das persoas en situación de dependencia foi ganando protagonismo durante os últimos anos no seo dos países máis desenvolvidos e especialmente da Unión Europea, feito que se pon de manifesto nas distintas iniciativas e recomendacións do Consello de Europa sobre estes temas. En España, o sistema de atención integral que desenvolve a Lei 39/2006 de promoción da autonomía persoal e atención ás persoas en situación de dependencia, busca garantir para estas persoas “uns dereitos básicos, fundamentados nos principios de universalidade, equidade e igualdade”, enmarcados nun Sistema Nacional de Dependencia configurado na súa xestión pola Administración xeral do Estado, as comunidades autónomas e as entidades locais.

Chama a atención que, ata o momento actual, no balance entre estes dous termos (autonomía e dependencia) sexa precisamente o termo “dependencia” o que parece ter asumido o maior protagonismo, cando o máis correcto, tanto social como economicamente falando, sería previr a dependencia e promover a autonomía persoal para evitar así os continuos incrementos de persoas en situación de dependencia. Por iso, nestes momentos, as relacións de equilibrio entre estes dous conceptos non son un tema menor, dadas as condicións económicas actuais e as modificacións normativas necesarias para que a aplicación da Lei 39/2006 sexa sostible.

Non obstante, que maior sostibilidade que reducir o número de persoas que cheguen, en calquera tramo da súa vida, a atoparse nunha situación de dependencia? O desexable sería evitar a enfermidade e o trastorno xerador das situacións de dependencia mediante a prevención desta. Pero, cando tal prevención non existiu ou non alcanzou os seus obxectivos, e a enfermidade ou o trastorno están instalados na persoa, para previr a situación de dependencia pódese actuar en distintos niveis, ofrecer prevención secundaria e terciaria que eviten o agravamento da situación xa instaurada ou promover a autonomía persoal naqueles casos nos que a situación de dependencia sexa irreversible. Trataríase de minimizar e atrasar as limitacións no funcionamento; intentaríase que o déficit funcional cause a menor limitación na actividade da persoa, e buscaríase a máis adecuada adaptación do contorno para posibilitar a súa participación nas actividades da vida diaria.

Así, a prevención da dependencia englobaría todas as accións encamiñadas a impedir, minimizar e/ou atrasar a aparición ou o agravamento de situacións de dependencia en persoas afectadas por enfermidades ou trastornos que a xeran, de maneira que o obxectivo non é outro que conseguir a maior autonomía posible a pesar das limitacións persoais. Todos os esforzos para evitar que unha persoa chegue a atoparse en situación de dependencia, ou para a súa recuperación, cando esta é reversible, redundará en beneficio da totalidade do sistema, e polo tanto, na súa sostibilidade, polo que as medidas que teñan como obxectivo unha actuación preventiva e precoz deben ocupar un lugar preferente das políticas públicas, xa que contribúen a aumentar a esperanza de vida libre de dependencia e, polo tanto, a mellorar as condicións de vida das galegas e dos galegos.

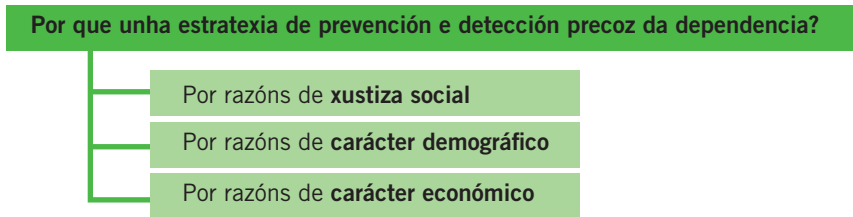
De aquí, a necesidade de contar con esta estratexia para a prevención e a detección precoz da dependencia como marco definidor das actuacións para levar a cabo neste eido.

Esta iniciativa é importante por diferentes razóns, ademais das que se derivan de obrigas de carácter normativo:

- a) **De xustiza social.** Porque é de xustiza que calquera sistema socio sanitario e educativo vele por garantir unha mellor calidade de vida da poboación do seu ámbito de influencia; que o sistema de protección ás persoas en situación de dependencia teña como un dos seus obxectivos, a atención destas, a calquera custo, nuns niveis de dignidade e de xustiza social. Para todo iso a Administración ten a obriga de poñer os medios necesarios para que a dita atención sexa socialmente sostible.
- b) **De carácter demográfico.** Os datos actuais indican que en Galicia a poboación diminuírá de maneira ininterrompida ata 2050, ao mesmo tempo que a poboación de persoas maiores aumentará, e estas cada vez serán máis maiores e con maior risco de chegar a unha situación de dependencia. Estas proxeccións, alcanzan en 2020, cifras superiores a 80.000 persoas en situación de dependencia, cunha taxa de prevalencia de polo menos o 3%.
- c) **De carácter económico.** O custo económico que para a sociedade representa a atención a persoas en situación de dependencia foi medrando a medida que a aplicación da Lei 39/2006 foi abarcando os diferentes graos e niveis previstos. Ademais do custo en axudas directas tamén é necesario ter en conta o custo global e engadirlle ao primeiro a parte que o contorno familiar achega.

Tendo en conta a previsión de persoas en situación de dependencia en Galicia no ano 2020 (segundo se recolle no capítulo I deste documento), así como a media da esperanza de vida destas, as cifras totais ás que se chega, en canto custo total fai que a Lei 39/2006 resulte de difícil sostibilidade. Os recursos necesarios para a atención ás persoas en situación de dependencia deberían destinar no ano 2020 entre o 1,42 e 1,65% do produto interior bruto, e para o ano 2050 entre o 2,24 e o 2,48, cando en 2010 a atención directa deste colectivo representou un 0,55% do PIB. Resulta fundamental apostar por estratexias cuxa finalidade última sexa o mantemento dunha política dirixida a “intentar que as persoas en situación de dependencia podan manter un grao de autonomía que lles permita vivir unha vida digna”, e apostar polos servizos profesionais fronte ao de coidados familiares, así como pola sostibilidade do sistema.

### Ilustración 1. Razóns para unha estratexia de prevención da dependencia



Entre eses medios, a elaboración desta estratexia é un claro exemplo e preséntase en áreas de actuación debidamente delimitadas en función dos seus obxectivos xerais e operativos e dos grupos de poboación aos que vai dirixida cada unha.

**Esta estratexia defínese a partir da premisa básica de considerar a “prevención e a detección precoz” como unha estratexia fronte á dependencia. É dicir, a prevención das situacións de dependencia como un dos principais obxectivos que se deben traballar cara a unha mellora continua da calidade de vida.**

“Prevención” implica anticiparse á presenza dun problema e, polo tanto, actuar sobre os factores que poden ocasionalo e tomar as medidas necesarias para evitalos. Noutras palabras, significa “actuar antes de”. Canto antes se detecte a posible situación de dependencia tamén antes se poderá actuar fronte a ela. Coñecer os indicadores da perda de autonomía axudará a unha actuación preventiva eficaz, xa que facilitará o seu recoñecemento con grandes posibilidades de actuar a tempo. Estes indicadores deben considerarse, pois, como “sinais de alarma”.

Levar a cabo actuacións de natureza preventiva é positivo e responde a un enfoque aberto que vai máis alá das clásicas intervencións terapéuticas ou rehabilitadoras, nas que sempre se actuaba sobre a situación problemática cando esta aparecía. **O enfoque preventivo está baseado na súa aplicación en todas as etapas da vida da persoa a través de moi diversos programas de promoción da saúde e de hábitos de vida saudables, dirixidos a toda a poboación e de forma especial aos grupos en situación de risco** (persoas con discapacidade, con enfermidades crónicas, persoas con alta fraxilidade, persoas maiores de 65 anos que vivan soas, vítimas de accidentes de calquera tipo, persoas con enfermidades conxénitas, solicitantes de valoración de dependencia, persoas en situación de dependencia moderada...).

### Falar de prevención no eido da dependencia significa:

- Pasar dun modelo centrado en actuar en momentos de crise ou situacións agudas a un modelo que entende un concepto de saúde moito máis amplo, no que o obxectivo no é só eliminar a enfermidade ou discapacidade, senón conseguir a mellor calidade de vida posible.
- Atender os factores de risco, é dicir, aqueles que aumentan a probabilidade de que apareza a situación de dependencia (ou se agrave, se xa existe).
- Educar para a promoción de hábitos e condicións de vida saudables, xa que estes diminúen o risco de padecer enfermidades e o deterioro de capacidades e contribúen a que o organismo se atope en mellores condicións físicas e psíquicas.
- Definir o obxectivo da intervención cara á mellora da calidade de vida das persoas en termos globais, considerando todas as áreas (física, psíquica e social) e mediante un modelo de atención integral.
- Ter en conta os grupos de poboación que presentan unha maior vulnerabilidade e, polo tanto, maiores posibilidades de atoparse nunha situación de dependencia e adoptar con estas persoas unha actuación preferente.
- Contar cunha axeitada coordinación sociosanitaria para que as medidas que se leven a cabo sexan verdadeiramente eficaces e contemplan todas ás áreas nas que é necesario intervir.
- Nos casos nos que a persoa se atope xa nunha situación de dependencia, a prevención estará dirixida a evitar que a dita situación se agrave e pase a estados de dependencia de maior grao ou a novas situacións de dependencia, polo que a promoción da autonomía persoal se converte neste caso nun pilar fundamental.

Esta estratexia ten en conta os tres niveis de prevención: primaria, secundaria e terciaria, en función da fase na que se atope a persoa.

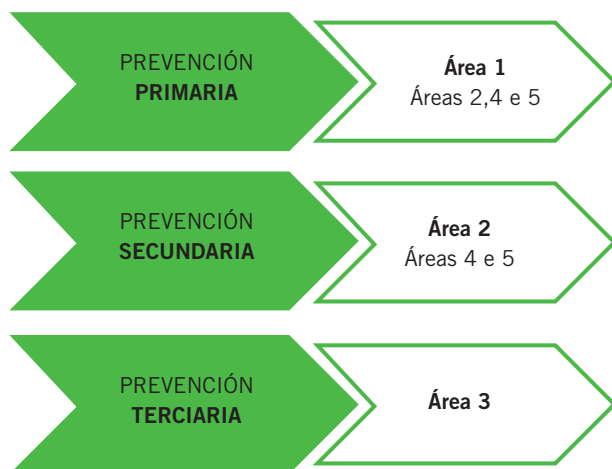
A **prevención primaria** incorpora accións que se aplican antes de que apareza a situación de dependencia e están dirixidas a evitar que esta se produza. Este nivel preventivo é o que máis asegurará a redución da incidencia das situacións de dependencia nun futuro e os seus piares son unha alimentación adecuada, o exercicio físico controlado, hixiene e aseo persoal, xestión axeitada do tempo libre e actividades de lecer, descanso etc. A **área 1 da estratexia** baséase fundamentalmente neste tipo de prevención (aínda que tamén poden aparecer algunhas actuacións desta natureza nas áreas 2, 4 e 5).

A **prevención secundaria** baséase na detección precoz da situación de dependencia, de forma que as causas que orixinan esta se desenvolvan máis lentamente ou se freen, e con isto se limita o dano e se recupera a saúde e a funcionalidade. En termos de saúde, a prevención secundaria actúa na fase presintomática, a enfermidade existe aínda que a persoa o descoñeza porque non apareceron aínda síntomas perceptibles e non se diagnosticaron clinicamente. A **área 2 da estratexia** baséase fundamentalmente neste tipo de prevención (aínda que tamén poden aparecer algunhas nas áreas 4 e 5).

A **prevención terciaria** ten como obxectivo intervir unha vez que a situación de dependencia se desenvolveu (enfermidade, discapacidade...); actúa sobre os síntomas para evitar situacións máis complexas; por exemplo, no caso dunha enfermidade retárdase a progresión da condición

crónica e prevense a discapacidade que esta pode causar. A **área 3 da estratexia** baséase fundamentalmente neste tipo de prevención ao centrar as súas actuacións nas persoas en situación de dependencia moderada (recoñecida ou non).

Ilustración 2. Correspondencia entre os niveis de prevención e as áreas de actuación da estratexia



A intervención para a prevención e detección precoz das situacións de dependencia debe ser **transversal** e polo tanto **integrar nun todo a saúde, a educación, os servizos sociais, o entorno laboral, a investigación e outros**.

## 2.2 OBXECTIVOS

O obxectivo básico desta estratexia de prevención e detección precoz da dependencia en Galicia, horizonte 2020 é establecer unha **ampla proposta de posibles actuacións que se van desenvolver** na comunidade galega, de forma que todas **en conxunto contribúan a diminuír a prevalencia e incidencia de deficiencias e discapacidades que poidan dar lugar a situacións de dependencia**, así como mellorar e manter a calidade de vida das persoas en situación de dependencia ou con risco de padecela.

Este obxectivo implica a necesaria coordinación e cooperación interadministrativa para garantir unha atención integral e integrada e para o desenvolvemento da calidade dos servizos especializados de atención ás persoas, tanto os dirixidos á poboación en xeral, como á que está en situación de risco como á que se atopa xa nunha situación de dependencia.

O obxecto da prevención, en termos de condicións de saúde, é reducir a incidencia e a prevalencia de certas enfermidades, lesións e discapacidades na poboación e atenuar ou eliminar, na medida do posible, as súas consecuencias negativas mediante accións dirixidas tal fin. Pero as accións preventivas dirixiranse aos determinantes da saúde, é dicir, os factores sociais, económicos, laborais, culturais, alimentarios, biolóxicos e ambientais, que inflúen na saúde das persoas.

As áreas de actuación da estratexia e os seus respectivos obxectivos operativos determináronse con base nos seguintes obxectivos xerais, que deben adoptar os plans e estratexias de prevención nesta materia, a partir da consideración das persoas como centro do sistema e da intervención, tanto na súa esfera individual como social.

### Obxectivos xerais de partida:

- Fomentar a prevención da dependencia e a promoción da autonomía persoal de forma que se garanta a igualdade de oportunidades en todo o territorio autonómico.
- Contribuír a aumentar a esperanza de vida libre de dependencia da cidadanía, a promover estilos de vida saudables entre o conxunto da poboación que fomenten a autonomía e a promover hábitos saudables e de autocoidado entre as persoas con dependencia para mellorar a súa saúde e funcionalidade.
- Impulsar medidas de prevención da dependencia na poboación xeral e facilitar o acceso das persoas en situación de dependencia ás medidas preventivas actualmente accesibles á poboación autónoma cos seus mesmos perfís de risco.
- Reducir o impacto da dependencia sobre a calidade de vida de quen a padecen e quen exercen o seu coidado.
- Garantir que, tanto as persoas en situación de dependencia como coidadoras, podan beneficiarse de actividades preventivas de calidade, baseadas na mellor evidencia científica dispoñible.
- Promover a sensibilización e a formación en todos os colectivos profesionais implicados na prevención e detección precos da dependencia e na promoción da autonomía persoal.
- Impulsar a investigación orientada á acción en torno á prevención da situación de dependencia.
- Promover o traballo intersectorial e a participación da cidadanía, especialmente dos colectivos afectados, no desenvolvemento de cada unha das áreas de intervención que se contemplan.

## 2.3 POBOACIÓN DIANA

A elaboración desta estratexia marco partiu dunha clara determinación dos colectivos ou grupos de poboación destinatarios:

- Respecto ás **actuacións dirixidas a colectivos concretos de especial risco**:
  - \_ Centraríase a atención en:
    - persoas maiores,
    - persoas con discapacidade,
    - persoas en situación de dependencia moderada,
    - outros colectivos en situación de risco de padecer unha situación de dependencia no futuro.
    - Familiares e persoas coidadoras<sup>5</sup>.
    - Persoas traballadoras de máis idade (de 55 anos e máis).

<sup>5</sup> As persoas coidadoras, na súa maioría mulleres, soportan unha carga de traballo que ten repercusións importantes sobre a súa saúde e sobre as súas actividades laborais, económicas e sociais motivado pola dedicación aos coidados. Tendo en conta isto, os programas de apoio e coidado dirixidos ás persoas coidadoras non deben limitarse ás actividades informativas, formativas e de adestramento sobre como prestar os coidados, senón que tamén deben incluír aspectos relacionados co seu propio coidado (autocoidado e atención á propia persoa coidadora).



- \_ Non se incidiría na poboación de 0 a 6 anos, colectivo diana da atención temperá. En 2012 estíbese traballando no novo decreto de atención temperá en Galicia e, pola súa parte, a Lei 39/2006 establece a previsión de plans integral de atención para menores de tres anos en situación de dependencia, no cal se recollan as medidas que deberán adoptar as administracións públicas, sen prexuízo das súas competencias, para facilitar atención temperá e rehabilitación das súas capacidades físicas, mentais e intelectuais.
- \_ Tampouco se incidiría de forma específica na etapa prenatal, que comprende a embarazada, o feto e o fillo/filla tras o parto.
- Respecto ás **actuacións preventivas baseadas na educación e sensibilización** partiuse das seguintes premisas:
  - \_ A consideración do conxunto da cidadanía como destinataria destas.
  - \_ A consideración, tamén como destinatarios, de todos os colectivos profesionais relacionados directa ou indirectamente con actividades que afectan á prevención e detección precoz da dependencia en Galicia.
  - \_ A consideración de contornos específicos a través dos que actuar: centros educativos non universitarios, universidades, centros do ámbito dos servizos sociais, centros sanitarios, asociacións, medios de comunicación, centros de traballo, domicilio de persoas en situación de risco ou de dependencia moderada...
- Respecto a **outras actuacións de apoio** consideráronse:
  - \_ Familiares e contornos.
  - \_ Persoas coidadoras.
- Por último, tamén son destinatarios dunha parte importante das actuacións:
  - \_ As organizacións que integran o terceiro sector. Inclúense as que forman parte do Rexistro Unificado de Entidades Prestadoras de Servizos Sociais, do Rexistro de Entidades de Acción Voluntaria, entre outros.
  - \_ A propia administración autonómica e local.
  - \_ Empresas e empresariado.
  - \_ Persoas traballadoras en xeral.
  - \_ Institutos de investigación.

A partir das premisas descritas, a continuación sinálanse os **colectivos destinatarios de cada área de actuación** que integra a estratexia:

#### **Área 1. Educación e concienciación da cidadanía, dirixida a:**

- sociedade galega no seu conxunto, con especial atención aos grupos de persoas que polas súas condicións persoais, sociais ou laborais poidan ser máis vulnerables e correr maiores riscos de padecer situacións de dependencia,
- profesorado de todos os niveis,
- profesionais do ámbito social e sociosanitario involucrados na atención primaria e na atención xeriátrica (persoal médico, de enfermería, traballadores/as sociais, psicólogos/as, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, logopedas...) e outros colectivos implicados,
- institucións e empresas.

#### **Área 2. Contribución ao aumento da esperanza de vida libre de dependencia, dirixida a:**

- sociedade galega no seu conxunto, con especial atención ás persoas maiores, ás persoas con discapacidade (inclúense neste grupo as persoas con enfermidade mental) e ás persoas con enfermidades crónicas en risco de sufrir a aparición dunha situación de dependencia,
- vivir so/soa e no medio rural debe ser tamén unha variable importante para ter en conta.

#### **Área 3. Mellora do diagnóstico e da calidade de vida das persoas con dependencia moderada, dirixida a:**

- persoas en situación de dependencia moderada ou persoas que, sen contar coa valoración da dependencia e o recoñecemento desta, presentan perda de funcionalidade cando aínda existe posibilidade de reversión ou modificación do seu curso e, polo tanto, mellora do seu pronóstico.

#### **Área 4. Apoio ao entorno familiar e estímulo da participación cidadá, dirixida a:**

- familias cuidadoras das persoas en situación de dependencia,
- organizacións de voluntariado e entidades do terceiro sector que impulsan accións de prevención das situacións de dependencia ou de apoio ás persoas que se atopan nesas situacións.

#### **Área 5. Investigación e innovación para ampliar a vida saudable e autónoma das persoas, dirixida a:**

- persoas e entidades de investigación e tecnolóxicas,
- empresas dos sectores de apoio,
- institucións, profesionais e autoridades dos ámbitos da sanidade e dos servizos sociais,
- grupos de persoas maiores, persoas con discapacidade e persoas en situación de dependencia leve ou moderada.

#### **Área 6. Reforzo e mellora continua dos recursos dedicados á prevención da dependencia, dirixida a:**

- autoridades dos ámbitos da sanidade e dos servizos sociais,
- institucións públicas, entidades e profesionais que se dedican á prestación de servizos de prevención e detección precoz e á atención de persoas en situación de dependencia,
- persoas cuidadoras profesionais e non profesionais das persoas en situación de dependencia,
- persoas en situación de dependencia moderada ou en risco de padecela.

## 2.4 DEFINICIÓN DA ESTRUCTURA MATRIZ DA ESTRATEXIA

A determinación das **áreas de actuación e obxectivos operativos** da *Estratexia para a prevención e detección precoz da dependencia en Galicia, horizonte 2020* son o resultado dun traballo estratéxico, científico e técnico considerando os obxectivos e premisas recollidos anteriormente.

A estrutura definitiva é a que se presenta no seguinte cadro resumo e as propostas de actuacións que lle dan contido preséntanse na seguinte epígrafe.

Táboa 11. Cadro resumo: áreas de actuación, obxectivos xerais e obxectivos operativos (I)

ÁREA DE ACTUACIÓN Obxectivo xeral	Obxectivos operativos
<p><b>ÁREA DE ACTUACIÓN 1.</b>                      EDUCACIÓN E CONCIENCIACIÓN DA CIDADANÍA</p> <p><b>Obxectivo xeral:</b> Xerar unha corrente de opinión favorable ao coidado da saúde e da autonomía persoal que amplíe a responsabilidade da cidadanía galega en relación coa adopción de hábitos de vida saudables e a prevención das situacións de dependencia, e facer accesible a información e educación sobre os beneficios e as recomendacións para unha vida activa e saudable, así como os recursos de prevención da dependencia e de promoción da autonomía persoal existentes en Galicia.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.1. Concienciar e formar a profesionais de diversos ámbitos sobre os beneficios de educar na prevención da dependencia.</li> <li>1.2. Fomentar actitudes positivas cara ao coidado da saúde e á promoción da autonomía persoal.</li> <li>1.3. Contribuír á prevención de accidentes domésticos, laborais, de tráfico e outros que poidan provocar situacións de dependencia.</li> <li>1.4. Promover o recoñecemento social do labor do coidado e das persoas que o levan a cabo.</li> <li>1.5. Facilitar o acceso á información sobre os recursos e servizos de prevención existentes.</li> </ol>
<p><b>ÁREA DE ACTUACIÓN 2.</b>                      CONTRIBUCIÓN AO AUMENTO DA ESPERANZA DE VIDA LIBRE DE DEPENDENCIA</p> <p><b>Obxectivo xeral:</b> Procurar unha actitude positiva ante o envellecemento, a discapacidade e a enfermidade e un esforzo crecente e proporcionado de atención ás persoas en risco de situación de dependencia para diminuír a súa vulnerabilidade, e promover os coñecementos e as condicións necesarias para conseguir o aumento e/ou mantemento da capacidade destas persoas para o desenvolvemento da súa vida diaria e, polo tanto, evitar ou retrasar no posible a aparición da dependencia.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2.1. Promover a autonomía a través da orientación, o consello individualizado e a formación para decidir sobre o proxecto de vida futuro.</li> <li>2.2. Fomentar a prevención da dependencia e promoción da autonomía persoal mediante o uso de diversos servizos e recursos.</li> <li>2.3. Facilitar a accesibilidade universal como requisito indispensable para unha vida autónoma.</li> <li>2.4. Desenvolver medidas preventivas para diminuír a aparición dos factores de risco máis frecuentes que lle afectan ao desenvolvemento da persoa.</li> <li>2.5. Establecer servizos de apoio para o desenvolvemento profesional e social das persoas en situación de risco de dependencia.</li> </ol>

Táboa 11. Cadro resumo: áreas de actuación, obxectivos xerais e obxectivos operativos (II)

ÁREA DE ACTUACIÓN Obxectivo xeral	Obxectivos operativos
<p><b>ÁREA DE ACTUACIÓN 3.</b>                      MELLORA DO DIAGNÓSTICO E DA CALIDADE DE VIDA DAS PERSOAS CON DEPENDENCIA MODERADA</p> <p><b>Obxectivo xeral:</b> Proporcionarlles unha atención especializada ás persoas en situacións de perda de funcionalidade, cando aínda existen posibilidades de reversión ou modificación do seu curso, co propósito de mellorar o seu pronóstico e prever o agravamento do actual estado e/ou reducir os efectos sobre a posibilidade de pleno desenvolvemento persoal, a través de facilitar a detección e rehabilitación precoz e o apoio á permanencia no domicilio ou no ámbito habitual.</p>	<p><b>3.1.</b> Promover o diagnóstico precoz da poboación en situación de dependencia moderada ou en risco de padecela, en especial das persoas máis vulnerables a sufrir este tipo de situacións.</p> <p><b>3.2.</b> Impulsar a detección e rehabilitación precoz en centros aos que acoden persoas maiores e persoas con discapacidade.</p> <p><b>3.3.</b> Favorecer a permanencia no domicilio e contorno habitual durante o maior tempo posible.</p> <p><b>3.4.</b> Reforzar a adaptación progresiva dos programas individuais de atención.</p> <p><b>3.5.</b> Atender as necesidades singulares das persoas con dependencia moderada e en situacións de vulnerabilidade social.</p>
<p><b>ÁREA DE ACTUACIÓN 4. APOIO AO CONTORNO FAMILIAR E ESTÍMULO DA PARTICIPACIÓN CIDADÁ</b></p> <p><b>Obxectivo xeral:</b> Velar polo benestar e a calidade de vida das persoas cuidadoras non profesionais, acompañándoas para mitigar a carga obxectiva e subxectiva que leva consigo o labor que desempeñan e as consecuencias tanto na súa propia saúde física, mental e emocional, como na estabilidade da unidade familiar, a través do establecemento das medidas de apoio necesarias e a implicación do conxunto da cidadanía.</p>	<p><b>4.1.</b> Reforzar a atención sobre a saúde das persoas cuidadoras.</p> <p><b>4.2.</b> Formación, capacitación e apoio á estabilidade emocional e cohesión das familias cuidadoras.</p> <p><b>4.3.</b> Establecer un marco de apoio para a mellora do benestar das familias e o bo coidado.</p> <p><b>4.4.</b> Promover a implicación social a través do terceiro sector, do voluntariado e do estímulo do movemento asociativo para ampliar as potencialidades do novo modelo de prevención das situacións de dependencia.</p>
<p><b>ÁREA DE ACTUACIÓN 5.</b>                      INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN PARA AMPLIAR A VIDA SAUDABLE E AUTÓNOMA DAS PERSOAS</p> <p><b>Obxectivo xeral:</b> Intensificar a investigación, a busca de solucións de vangarda e a implantación de innovacións importantes en relación coa promoción da autonomía persoal e a prevención e detección precoz das situacións de dependencia, así como co atraso do agravamento de enfermidades ou discapacidades e das súas secuelas, e xerar, ao mesmo tempo, oportunidades de desenvolvemento para o tecido investigador e produtivo de Galicia.</p>	<p><b>5.1.</b> Mellorar o estado de coñecemento sobre a realidade social e a potencialidade da innovación.</p> <p><b>5.2.</b> Impulsar as innovacións para a prevención, detección e diagnóstico precoz de situacións de dependencia.</p> <p><b>5.3.</b> Promover unha vida autónoma e activa, principalmente mediante solucións TIC e novos recursos para actividades preventivas e hábitos saudables.</p> <p><b>5.4.</b> Facilitar o intercambio de ideas e a cooperación a prol dunha innovación de excelencia.</p>

Táboa 11. Cadro resumo: áreas de actuación, obxectivos xerais e obxectivos operativos (III)

ÁREA DE ACTUACIÓN Obxectivo xeral	Obxectivos operativos
<p><b>ÁREA DE ACTUACIÓN 6.</b> REFORZO E MELLORA CONTINUA DOS RECURSOS DEDICADOS Á PREVENCIÓN DA DEPENDENCIA</p> <p><b>Obxectivo xeral:</b> Incrementar o recoñecemento e a satisfacción das persoas usuarias cos servizos e programas relacionados coa promoción da autonomía persoal e a prevención das situacións de dependencia, así como dos e das profesionais e da cidadanía en xeral a través dunha actuación centrada en mellorar a eficacia, efectividade e eficiencia no seu desenvolvemento e na busca continua da excelencia.</p>	<p><b>6.1.</b> Promover a creación de valor a través das persoas.</p> <p><b>6.2.</b> Fomentar a calidade dos servizos e programas relacionados.</p> <p><b>6.3.</b> Estimular a incorporación de modelos de xestión por valores orientados á excelencia nos resultados.</p> <p><b>6.4.</b> Buscar novas sinerxías a través da coordinación e cooperación.</p> <p><b>6.5.</b> Incorporar a perspectiva de xénero de forma transversal.</p>

Na seguinte epígrafe descríbense, para cada área e obxectivo operativo, as propostas de medidas que se van desenvolver <sup>6</sup>. Son un total de 392 propostas que se deben ir concretando e definindo máis especificamente para a súa implantación nos próximos anos **cara á prevención das situacións de dependencia na poboación galega e a promoción da a súa saúde e autonomía persoal.**

As propostas distribúense nas diferentes áreas de intervención segundo se indica no cadro resumo que se expón a continuación.

Táboa 12. Cadro resumo estatístico: distribución de obxectivos operativos e de propostas por área

Área de actuación	Nº de obxectivos operativos	Nº de propostas
Área 1. Educación e concienciación da cidadanía	5	73
Área 2. Contribución ao aumento da esperanza de vida libre de dependencia	5	76
Área 3. Mellora do diagnóstico e da calidade de vida das persoas con dependencia moderada	5	55
Área 4. Apoio ao entorno familiar e estímulo da participación cidadá	4	53
Área 5. Investigación e innovación para ampliar a vida saudable e autónoma das persoas	4	68
Área 6. Reforzo e mellora continua dos recursos dedicados á prevención da dependencia	5	67
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>392</b>

<sup>6</sup> No anexo 1 deste documento descríbese o procedemento metodolóxico adoptado para a elaboración da estratexia e o proceso seguido ata a definición dos contidos deste capítulo.

## 2.5 PROPOSTAS DE ACTUACIÓN POR ÁREAS

### ÁREA DE ACTUACIÓN 1.

#### EDUCACIÓN E CONCIENCIACIÓN DA CIDADANÍA

**Obxectivo xeral:** xerar unha corrente de opinión favorable ao coidado da saúde e da autonomía persoal que amplíe a responsabilidade da cidadanía galega en relación coa adopción de hábitos de vida saudables e a prevención das situacións de dependencia, e facer accesible a información e a educación sobre os beneficios e as recomendacións para unha vida activa e saudable, así como os recursos de prevención da dependencia e de promoción da autonomía persoal existentes en Galicia.

**Colectivos destinatarios:** a sociedade galega no seu conxunto, con especial atención aos grupos de persoas que polas súas condicións persoais, sociais ou laborais poidan ser máis vulnerables e correr maiores riscos de padecer situacións de dependencia. Profesorado de todos os niveis e profesionais do ámbito social e sociosanitario involucrados na atención primaria e na atención xeriátrica (persoal médico, de enfermería, traballadores/as sociais, psicólogos/as, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, logopedas...) e outros colectivos implicados. Institucións e empresas.

#### **OBXECTIVO OPERATIVO 1.1. Concienciar e formar profesionais de diversos ámbitos sobre os beneficios de educar na prevención da dependencia**

Este obxectivo operativo inclúe actuacións e programas que sirvan para que os colectivos profesionais implicados teñan un papel activo na concienciación da sociedade sobre as vantaxes de mellorar os estilos de vida e evitar, na medida do posible, as situacións de dependencia, especialmente no caso de profesionais do ámbito sociosanitario e educativo como fonte de maior confianza á hora de recibir consellos acerca da saúde e a prevención, outorgándolles os materiais e coñecementos axeitados.

### PROPOSTAS DE ACTUACIÓN

#### *SENSIBILIZACIÓN E CONCIENCIACIÓN*

1. Realización de **obradoiros de sensibilización** para inculcar a importancia que ten unha **educación en hábitos de vida saudables**.
2. Organización de **campañas de sensibilización**, en coordinación cos **colexios profesionais do ámbito social, educativo e sanitario**, dirixidas a concienciar o **persoal de atención directa** (servizos sociais e servizos sanitarios) sobre a importancia do **coidado da saúde**, da **prevención da dependencia** e da promoción da autonomía persoal, así como para que detecten e aconsellen ás persoas usuarias e pacientes en situacións de risco.
3. Valoración, análise e difusión dos **custos da dependencia como instrumento de concienciación** dos distintos colectivos profesionais e axentes implicados sobre a necesidade de investir en prevención.

#### *INFORMACIÓN E FORMACIÓN*

4. Deseño e implementación de accións informativas e formativas **dirixidas a profesionais**, principalmente do eido sociosanitario e educativo:

- a. Elaboración e difusión de **materiais didácticos** sobre hábitos de **vida saudable e envellecemento activo**, así como de **materiais e manuais de boas prácticas** en materia de prevención da dependencia e promoción da autonomía persoal, dirixidos a profesionais que traballan en ámbitos desde os que se pode impulsar este paradigma, para que coñezan e difundan as súas bases e directrices.
  - b. Cursos de **formación** sobre temáticas relacionadas coa **prevención e a promoción da saúde**, tales como: a prevención de riscos laborais, a prevención de patoloxías da comunicación e deteriorización cognitiva, a importancia do coidado das relacións sociais e da saúde mental, así como da ocupación do tempo libre dun xeito san, das vantaxes da **actividade física**, e facer sinerxías coas accións que se desenvolven no marco do **“Plan Galicia saudable”**.
  - c. **Accións educativas** orientadas ao fomento da vida saudable, á prevención da dependencia e á promoción da autonomía persoal dirixida a profesionais de diferentes ámbitos, principalmente, os relacionados coas persoas maiores e/ou con discapacidade e as súas familias).
5. Inclusión e/ou potenciación dos **contidos sobre prevención e detección precoz** da dependencia e promoción da autonomía persoal nos **plans de estudos de titulacións universitarias** relacionadas con educación, saúde e servizos sociais, así como nos **másteres especializados** (de dependencia, servizos sociais, xerontoloxía e similares) e nos cursos de formación ocupacional e/ou profesional **dirixidos a auxiliares de axuda a domicilio** e similares.
  6. Deseño dunha **oferta formativa sobre educación para a saúde** dirixida ao profesorado de **ensinanza non universitaria** (no marco do plan anual de formación do profesorado) e sobre prevención da dependencia e promoción da saúde dirixida ao **profesorado universitario**.
  7. Realización de **estudos avaliativos do impacto da formación** especializada en **prevención** da dependencia dirixida ao persoal técnico co obxectivo de identificar e implantar actuacións de mellora.

#### **COORDINACIÓN E COLABORACIÓN**

8. Fomento do **traballo en rede e o intercambio de experiencias** co terceiro sector e o voluntariado para o desenvolvemento de actividades de sensibilización e a organización de accións informativas e formativas para o voluntariado, coa implicación do movemento asociativo.
9. Elaboración de **manuais de estilo dirixidos aos medios de comunicación** sobre como tratar os aspectos relacionados coa prevención e detección precoz da dependencia, así como a imaxe dos grupos de poboación en situación de risco de atoparse en situación de dependencia.

### **OBXECTIVO OPERATIVO 1.2. Fomentar actitudes positivas cara ao coidado da saúde e á promoción da autonomía persoal**

Neste obxectivo prevese o desenvolvemento de accións de educación, divulgación e información **dirixidas ao conxunto da sociedade** para aumentar o coñecemento sobre os factores e as situacións de risco relacionadas coa dependencia, así como das actividades e os estilos de vida que contribúen a coidar a saúde e a autonomía persoal e a reducir as situacións de dependencia (por exemplo, alimentación sa, práctica de exercicio físico regular, actividades culturais e de adestramento cognitivo, prevención de hábitos tóxicos...).

## PROPOSTAS DE ACTUACIÓN

### CONTEXTO XERAL

1. Organización de **campañas de carácter institucional e de forma coordinada**, ou outras accións similares, co obxectivo de, entre outros:
  - a. **Romper coas falsas ideas** ligadas á dependencia e a súa asociación única coas persoas maiores e/ou con discapacidade, así como fomentar actitudes positivas respecto destes grupos e dar a coñecer a realidade das persoas que se atopan nunha situación de dependencia.
  - b. Sensibilizar e concienciar sobre os **beneficios dos estilos de vida saudables**, dos **modelos de autocoidado e benestar** e **da educación** para a súa posta en práctica desde todos os sectores (educación primaria e secundaria, centros sociocomunitarios, centros de saúde, medios de comunicación e internet...)<sup>7</sup>.
  - c. Promover unha **alimentación saudable**<sup>8</sup> e a **saúde vocal** (divulgación sobre o uso da voz e as pautas de hixiene vocal).
  - d. Reducir o consumo de tabaco, alcohol, drogas e outras adicións para evitar condutas pouco saudables.
2. Concienciación sobre a **importancia das relacións sociais**, da **participación e do apoio social** no **proceso de avellentamento**<sup>9</sup>, a través de **actividades psicoeducativas e socioeducativas**, e sobre a importancia da diferenza entre supervisión/coidado e sobreprotección.<sup>10</sup>
3. Promoción da **práctica de actividade física** saudable e/ou **adquisición de hábitos intelectuais e de mantemento das capacidades cognitivas** entre a poboación e ampliar o espectro de actividades ofertadas en programas de saúde.
4. Elaboración de **contidos de divulgación** en materia de **prevención da enfermidade** e de promoción da saúde dirixidos á poboación xeral, adaptados e accesibles, e coa implicación dos servizos sociais e dos servizos sanitarios de atención primaria.<sup>11</sup>

### MEDIOS DE COMUNICACIÓN E SOCIEDADE DIXITAL

5. Desenvolvemento de **campañas de sensibilización a través dos medios de comunicación e das redes sociais** sobre hábitos de vida saudable, cuidado da saúde, importancia da promoción da autonomía persoal, factores de risco relacionados coa dependencia, envellecemento activo..., incluído o debate sobre as necesidades reais e as melloras aplicables.
6. Fomento da actividade física e doutros hábitos de vida saudables (como os nutricionais) mediante o uso dos medios de comunicación, por exemplo, a través de **anuncios publicitarios** coa **participación de persoas de recoñecido prestixio**, de insercións de referencias nos **guións das series televisivas** da man das personaxes principais etc.
7. Utilización de **contidos multimedia, documentais, imaxes e/ou páxinas web** para a difusión de hábitos saudables e outros similares.

<sup>7</sup> Como exemplo, sinálase unha campaña co lema “eu cóidome”.

<sup>8</sup> A Consellería de Sanidade ten en marcha o programa Xente con vida, como campaña informativa orientada ás redes sociais (iniciativa de comunicación 2.0) e centrada na alimentación saudable.

<sup>9</sup> Como exemplo, sinálase o programa Envellecer cos/coas demais.

<sup>10</sup> Un posible lema: “Estate pendente, non o/a convertas en dependente”.

<sup>11</sup> Por exemplo, un manual sobre os factores que inflúen positivamente: o cuidado e hixiene bucodental, controis xinecolóxicos e información dirixida a mulleres para prevención do cancro de mama e de útero, dieta saudable etc.



### MOVEMENTO ASOCIATIVO

8. Realización de **cursos, seminarios, ciclos de conferencias** ou **campañas informativas** para orientar sobre os aspectos que abrangue a **prevención da dependencia e o mantemento da actividade física e mental**, en clubs e asociacións de persoas maiores e de persoas con discapacidade, así como noutras asociacións e colectividadeas.

### COMUNIDADE EDUCATIVA E UNIVERSITARIA

9. Realización de campañas de **sensibilización, xornadas informativas e/ou debates con figuras significativas** para os e as **adolescentes en centros educativos** e que teñan impacto tanto no alumnado como nas súas familias (sobre as relacións de parella, condución, enfermidades de transmisión sexual...).
10. Establecemento de **contidos educativos transversais** dende as primeiras etapas escolares que favorezan a adquisición dos coñecementos básicos para un axeitado desenvolvemento da persoa e reducir o risco de atoparse nunha situación de dependencia.
11. Estímulo de programas de fomento do **exercicio físico activo** no ámbito educativo universitario e non universitario.
12. Desenvolvemento de **programas sobre hábitos nutricionais saudables** en centros educativos.<sup>12</sup>
13. Elaboración e difusión de **información xeral, publicacións e recursos de apoio** dirixidos ao **profesorado, familias e alumnado** para promover actitudes positivas cara ao coidado da saúde e a importancia da autonomía persoal.
14. Establecemento de **liñas de colaboración coa universidade sobre coidados da saúde**, co fin de desenvolver accións formativas a través dos centros educativos de Galicia, da Rede de Centros Sociocomunitarios, dos servizos sanitarios de atención primaria...

### ÁMBITO LABORAL E EMPRESARIAL

15. Deseño de **accións de sensibilización e información** sobre situacións de risco relacionadas coa dependencia e sobre actividades e estilos de vida que contribúen á mellora da saúde, **dirixidas a empresas socialmente responsables e asociacións empresariais**.
16. **Recoñecemento público de empresas** que levan a cabo medidas ou accións de prevención da dependencia e promoción da autonomía persoal ou de integración de persoas con dependencia ou con discapacidade, recoñecida esta ou non.
17. Implantación de programas e **obradoiros prácticos de preparación para a xubilación nas empresas**, de forma progresiva cara a universalizar as actividades e programas a todas as etapas laborais.

### ADMINISTRACIÓN LOCAL

18. Fomento da **coordinación interdepartamental na administración local** (transportes, deportes, educación, benestar, medios...) para traballar na adquisición de hábitos de vida saudables, de actividade física e de boa alimentación.
19. Fomento de **campañas de concienciación nos concellos** sobre actividades de prevención da dependencia, de promoción da autonomía persoal e hábitos de vida saudables.

---

<sup>12</sup> Como por exemplo, o Plan de consumo de froitas nas escolas (curso 2012/2013), cofinanciado pola Unión Europea.

## II. ESTRATEXIA PARA A PREVENCIÓN E DETECCIÓN PRECOZ DA DEPENDENCIA EN GALICIA, HORIZONTE 2020. PROPOSTAS DE ACTUACIÓN

### ÁREA DE ACTUACIÓN 1. EDUCACIÓN E CONCIENCIACIÓN DA CIDADANÍA

20. Deseño e posta en marcha de **programas locais** para ofrecer pautas e orientacións sobre saber envellecer e previr a dependencia.
21. Difusión das actividades da **Escola Galega de Saúde para Cidadáns** especificamente dirixidas ás persoas maiores e/ou con discapacidade e ás súas persoas coidadoras en colaboración coas entidades locais.

### OBXECTIVO OPERATIVO 1.3. Contribuír á prevención de accidentes domésticos, laborais, de tráfico e outros que poidan provocar situacións de dependencia

Neste obxectivo inclúese o desenvolvemento de campañas de divulgación e información e outras actuacións similares especificamente dirixidas a aumentar a toma de conciencia social e o compromiso individual das persoas, das institucións e das empresas coa prevención e redución de situacións de risco de accidentes de todo tipo que poden derivar en situacións de dependencia.

### PROPOSTAS DE ACTUACIÓN

#### ACTUACIÓNS DE CARÁCTER XERAL

1. Publicación de **manuais/guías de prevención de accidentes** de todo tipo, dirixidos á **po-boación en xeral** (mediante a súa distribución conxunta con suplementos dominicais, por exemplo) e especialmente aos colectivos máis vulnerables, a través dos centros sociosani-tarios, residencias de persoas maiores, centros de día...
2. Organización de **accións de sensibilización e concienciación** para a prevención de situa-cións de risco de accidentes e de formación en **primeiros auxilios** destinados **ao conxunto da poboación**, coa implicación dos diferentes axentes da comunidade, e especialmente aos colectivos de maior vulnerabilidade, e **aproveitar** na medida do posible os **recursos públicos** existentes, tanto de persoal (forzas e corpos de seguridade, policía local, bombeiros, persoal sanitario, profesorado...) como de infraestruturas (centros sociais, sanitarios, sociosanitarios, centros sociocomunitarios, centros educativos...) e a acción voluntaria.
3. Realizacións de **cursos de formación orientados a previr situacións de risco** e adqui-rir coñecementos en **primeiros auxilios** dirixidos a **colectivos profesionais** que están habitualmente en contacto coas persoas en situación ou en risco de dependencia. Como complemento propónse a creación dun **módulo formativo específico** para distribuír entre os organismos competentes en materia laboral, educativa, seguridade viaria etc. (Insti-tuto Galego de Seguridade e Saúde Laboral –ISSGA–, Servizo Galego de Saúde –SER-GAS–, Academia Galega de Seguridade Pública –AGASP– etc.) coa finalidade de que se introduza como **materia transversal** nas súas accións formativas.
4. Establecemento de **mecanismos de detección precoz de persoas en risco de caídas** para poder incidir na súa prevención.
5. Deseño e difusión de **campañas sobre seguridade adaptadas** ás características e necesida-des específicas das persoas que teñen unha discapacidade ou dificultade concreta.

#### ACTUACIÓNS DE PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DOMÉSTICOS:

6. Desenvolvemento dun **programa de valoración de riscos potenciais no fogar** que teña en conta a dimensión urbano/rural, con especial atención ao contorno das persoas en risco e en situación de dependencia e ao ámbito rural, caracterizado por un maior nivel de risco e illamento.

7. Promoción de **campañas de sensibilización**, que consideren no seu deseño as diferenzas rural/urbano, sobre os riscos no fogar e a prevención de accidentes neste, mediante a difusión de información nos medios de comunicación, en centros cívicos, en asociacións veciñais, e/ou **charlas** informativas **adaptadas á realidade da persoa en risco** de dependencia impartidas **no seu domicilio**.
8. Inclusión de **contidos específicos sobre prevención de accidentes domésticos**, a través de casos prácticos sobre como actuar en casos de emerxencia, e **de primeiros auxilios** nas materias ordinarias impartidas nos **centros educativos e universidades**.
9. Elaboración de **materiais didácticos en diferentes soportes**, e adaptados ás características e necesidades das persoas con algunha discapacidade ou dificultade específica, que inclúan: técnicas básicas de prevención de accidentes domésticos e seguridade persoal no fogar, recomendacións para converter o fogar nun lugar seguro (chan libre de obstáculos, evitar as alfombras ou fixalas...), hábitos que eviten os accidentes na cociña (chans secos e limpos de graxas e aceites, indicacións do perigo, extintores...), recomendacións sobre o deseño de baños (toalleiros accesibles, uso de pratos de ducha, chans antiescorregadizos, alfombras na bañeira...) e de mobles accesibles.
10. Desenvolvemento de **apoio psicosocial nas adaptacións que se van realizar nos fogares**, tanto estruturais como ambientais e psicolóxicas, derivadas dos procesos de incremento da dependencia ou da discapacidade.
11. Deseño e implantación de accións de **sensibilización** dirixidas ao **colectivo de profesionais de arquitectura** en relación coas **adaptacións funcionais dos fogares** tanto en obra nova como rehabilitada.

#### **ACTUACIÓNS DE PREVENCIÓN DE ACCIDENTES LABORAIS:**

12. **Impulso ao coñecemento sobre os accidentes laborais** mediante a realización de **estudos sobre a sinistralidade laboral** por accidentes de tráfico, accidentes laborais non traumáticos (infartos, ictus etc.), os accidentes laborais por sobre esforzo e os accidentes laborais en persoas traballadoras de máis de 55 anos, entre outros.
13. Potenciación da **formación en prevención de riscos laborais, tanto no seo das empresas** (especialmente nos sectores de actividade con maiores índices de sinistralidade ou con maior incidencia de enfermidades profesionais: construción, sector naval, transportes etc.), **como vinculada ao agro e á gandería** e ás peculiaridades dos **traballos habituais no medio rural**.
14. Realización de **accións formativas** sobre prevención de riscos laborais **dirixidas a persoas coidadoras**, sobre todo ás non profesionais.
15. Fomento dos **programas de autoavaliación dos niveis de estrés e burn-out** dos cadros de persoal das entidades prestadoras de servizos sociais, de xeito que se incorpore este aspecto aos plans de prevención de riscos laborais e se forme o persoal das entidades coa finalidade de adoptar medidas correctoras que eviten a claudicación dos e das profesionais de atención directa e/ou o incremento das incapacidades temporais por esta causa.
16. Fomento dos cursos de **prevención da depresión por motivo de xubilación** tanto nas empresas como na Administración pública e valorar a extensión deste tipo de actuacións ao colectivo de persoas maiores de 50 anos debido á súa problemática específica de recolocación.
17. Deseño de estratexias de actuación específicas para atender **situacións de risco psicosocial no ámbito laboral**.

## II. ESTRATEXIA PARA A PREVENCIÓN E DETECCIÓN PRECOZ DA DEPENDENCIA EN GALICIA, HORIZONTE 2020. PROPOSTAS DE ACTUACIÓN

### ÁREA DE ACTUACIÓN 1. EDUCACIÓN E CONCIENCIACIÓN DA CIDADANÍA

18. **Potenciación dos controis e inspeccións** nos sectores de actividade con maiores índices de sinistralidade ou con maior incidencia de enfermidades profesionais e absentismo.
19. Fomento da incorporación das políticas públicas desenvolvidas no ámbito da prevención da dependencia e da promoción da autonomía persoal nos **modelos de xestión das empresas socialmente responsables**; por exemplo: a) Concienciación para o **respecto da normativa vixente en prevención** de riscos laborais nos lugares de traballo e a adopción das medidas de prevención oportunas; b) **Formación** para unha **xubilación activa** no marco da súa propia responsabilidade social empresarial; c) Implantación de **modelos socialmente responsables para a prevención de condutas aditivas**; d) Contribución social das empresas mediante a **promoción de produtos ou servizos para a protección da saúde** do seu cadro de persoal ou formación dirixida a persoas en situación ou en risco de dependencia.

#### *ACTUACIÓNS DE PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁFICO-SEGURIDADE VIARIA:*

20. Estímulo á introdución de programas de **seguridade viaria nos centros educativos**.
21. Desenvolvemento de accións de concienciación sobre os **riscos da condución baixo os efectos do alcohol e/ou doutras drogas**, e tratar de **implicar** nestas a **profesionais** que están máis próximos aos colectivos con maior risco, como o persoal sanitario ou sociosanitario.
22. Creación dun **programa de rehabilitación** das **persoas condutoras** sancionadas por consumo de drogas (incluído o alcohol).
23. Realización de **campañas de prevención de accidentes de tráfico e de avaliación programada das capacidades para a condución en grupos de risco**, tanto no ámbito cognitivo como psicomotriz, e ter en conta os efectos do proceso de avellentamento na condución.
24. Mellora da **comunicación interdepartamental e interadministracións** relativa ás persoas condutoras con **enfermidades que incapacitan para a condución**.
25. Desenvolvemento de **accións de concienciación e de educación viaria** dirixidas tanto á **poboación en xeral** (respectar as normas e usar os medios de seguridade) como especificamente aos **colectivos de risco e a profesionais, sobre as capacidades e condicións de saúde precisas para conducir**, con especial implicación dos e das profesionais dos ámbitos relacionados. Por exemplo dirixidas a: a) persoas maiores condutoras (respecto dos límites de velocidade, cero alcohol e drogas...), b) persoas condutoras mozas (mellora da capacitación e actitudes para unha condución segura, promoción de intervencións activas no contorno de lecer nocturno), c) peóns (cumprimento das normas, accesibilidade das beirarrúas e zonas peonís), d) ciclistas (medios de protección) e) outros deportistas ...
26. Fomento de **accións de concienciación e prevención de lesións discapacitantes** derivadas de accidentes de tráfico, con especial atención aos desprazamentos en motocicleta ou en bicicleta, destinadas á **poboación moza** en centros escolares, universidades, autoescolas, asociacións xuvenís, escolas de familias etc.
27. **Mellora da accesibilidade** e da **seguridade das vías públicas**, sobre todo para os colectivos máis vulnerables: a) seguimento ou avaliación da aplicación da normativa vixente; b) mellora do deseño das rúas, colocación de pasos peonís en liña co fluxo natural das persoas; c) incremento do tempo de paso dos peóns en semáforos que o precisen; d) a ampliación de beirarrúas no contorno urbano e vías paralelas no rural; e) eliminación de obstáculos, protección con cerrados e itinerarios seguros a pé e para ciclistas...

### OBXECTIVO OPERATIVO 1.4. Promover o recoñecemento do labor de coidado e das persoas que o levan a cabo

Con este obxectivo búscase o deseño e posta en marcha de accións de información e sensibilización para aumentar o grao de coñecemento e recoñecemento das implicacións do rol de persoa coidadora, tanto a nivel persoal como para o conxunto da unidade familiar.

#### PROPOSTAS DE ACTUACIÓN

1. Realización de **campañas** publicitarias dirixidas á **poboación en xeral** para acadar o **recoñecemento** social do labor das persoas coidadoras e entender a **renuncia** destas a unha parte da súa propia vida, así como o **desgaste psicolóxico e físico** que sofren.<sup>13</sup>
2. Fomento da colaboración e **implicación familiar nos coidados** mediante campañas de concienciación e formación para levar a cabo unha correcta planificación e execución da atención á persoa en situación de dependencia, de modo que as persoas do contorno familiar acaden espazos propios que lles proporcionen calidade de vida e satisfacción.
3. Fomento da **incorporación laboral dos homes ao sector dos coidados profesionais**.
4. Creación dun **espazo web** para a información e sensibilización sobre o labor das persoas coidadoras: expoñer casos considerados exemplares e/ou de boas prácticas, amosar como superan as dificultades que lles xorden na vida diaria...
5. **Recoñecemento** público de experiencias, programas, boas prácticas ou innovacións **en materia de prevención**, promoción da autonomía persoal **e de coidados** desenvolvidos polas persoas coidadoras e as entidades de iniciativa social.<sup>14</sup>
6. Organización de **xornadas informativas, formativas e/ou lúdicas para persoas coidadoras non profesionais** que ao mesmo tempo actúen como divulgadoras do valor social do seu labor.
7. Deseño e posta en marcha de **medidas que lles faciliten ás persoas coidadoras** a realización áxil das xestións derivadas do seu labor de coidado.<sup>15</sup>
8. **Apoio** do traballo das persoas coidadoras e **recoñecemento do seu labor**, de xeito que xunto coa experiencia acumulada durante anos e unha formación adicional sobre atención física e psicosocial poidan obter a súa **acreditación profesional en atención sociosanitaria** a persoas en situación de dependencia no domicilio...

### OBXECTIVO OPERATIVO 1.5. Facilitar o acceso á información sobre recursos e servizos de prevención existentes

A finalidade deste obxectivo é a identificación e impulso de actividades e ferramentas de comunicación máis efectivas, aproveitar ao máximo as posibilidades que ofrecen as tecnoloxías da información e comunicación (incluíndo o uso das redes sociais) para dar a coñecer os recursos

<sup>13</sup> Medios: programas ou anuncios en medios de comunicación social e carteis atraentes en lugares públicos, como centros de saúde, hospitais, medios de transporte, centros sociais, asociacións veciñais, centros educativos...

<sup>14</sup> Trátase de difundir os proxectos de interese e poñer en valor o traballo realizado polas persoas coidadoras e as entidades e destacar a súa importancia para que se faga visible o seu labor na sociedade e se fomenta o seu recoñecemento persoal, profesional e social.

<sup>15</sup> Por exemplo, as citas médicas, acceso a transporte adaptado, servizos de ocio e tempo libre a través dunha tarxeta identificativa como persoa coidadora ou instrumento semellante.

existentes e personalizar e actualizar os contidos en beneficio dos intereses dos diferentes grupos beneficiarios e dos comportamentos de busca e uso deste tipo de información.

## PROPOSTAS DE ACTUACIÓN

1. Elaboración dunha **guía/mapa** con información completa dos recursos e servizos de prevención existentes, tanto públicos como privados, cunha definición e catalogación dos ditos recursos (definición do seu contido, finalidade, persoas destinatarias, perfís profesionais e intensidades) adaptada ao perfil das persoas ás que vai dirixida (profesional, empresaria/o, administración, persoa en situación de dependencia, persoa con discapacidade, persoa coidadora...) e en diferentes formatos, tanto dixital como papel.
2. Difusión de información sobre os recursos e servizos de prevención existentes mediante os **taboleiros de anuncios e charlas en espazos clave** como os centros sanitarios, servizos sociais, centros socioculturais, asociacións de veciñanza, centros de lecer, centros de traballo e noutros lugares públicos, así como material divulgativo onde se recollan os recursos e servizos de prevención accesibles ás persoas en risco no ámbito de cada concello.
3. Organización de **xornadas de portas abertas** coa finalidade de dar a coñecer os distintos recursos existentes na comunidade (centros de día, residencias...).
4. Estímulo á difusión de **información nos medios de comunicación** sobre os recursos existentes en materia de prevención e promoción da autonomía persoal e sobre a forma de acceder a eles, a través de campañas, anuncios publicitarios, carteis... e incluír os factores de risco que supoñan unha barreira para a promoción da autonomía.
5. **Aproveitamento dos medios e estruturas existentes** para a difusión de información sobre os recursos e servizos de prevención dispoñibles e sobre as súas condicións de prestación.<sup>16</sup>
6. **Utilización das redes sociais** para a difusión de información sobre os recursos e servizos de prevención e sobre como previr unha posible situación de dependencia, ademais de servir como medio de comunicación entre profesionais, persoas coidadoras, persoas con dependencia...
7. Difusión de **información**, con actualizacións periódicas, e **dirixida a profesionais** que se atopan en contacto con grupos de risco para **que dispoñan permanentemente da información correcta e transmitila de forma adecuada**, considerando as diferenzas rural-urbano.
8. Organización dunha **xornada anual de prevención e detección precoz da dependencia e promoción da autonomía persoal**, de ámbito autonómico, na que se difundan os recursos existentes, a lexislación actual, relatos de vida e intercambio de experiencias.

<sup>16</sup> Por exemplo, indicar cales son as entidades prestadoras, a súa localización, persoal asignado, prezos de referencia, os recursos públicos existentes... e utilizar os servizos sociais das distintas administracións, centros sanitarios, centros sociocomunitarios, web da/s consellería/s competente/s na materia (nun formato de fácil manexo e nun lugar accesible), espazo web Galicia saudable, Manual de Traballo, Información e Asesoramento en Servizos Sociais (MATIASS), Rexistro Único de Entidades Prestadoras de Servizos Sociais (RUEPSS), campaña informativa da Consellería de Sanidade dirixida ás redes sociais, denominada Xente con vida etc.

## ÁREA DE ACTUACIÓN 2. CONTRIBUCIÓN AO AUMENTO DA ESPERANZA DE VIDA LIBRE DE DEPENDENCIA

**Obxectivo xeral:** procurar unha actitude positiva ante o envellecemento, a discapacidade e a enfermidade e un esforzo crecente e proporcionado de atención ás persoas en risco de situación de dependencia para diminuír a súa vulnerabilidade, e promover os coñecementos e as condicións necesarias para conseguir o aumento e/ou mantemento da capacidade destas persoas para o desenvolvemento da súa vida diaria e, polo tanto, evitar ou atrasar no posible a aparición dunha posible dependencia.

**Colectivos destinatarios:** a sociedade galega no seu conxunto, con especial atención ás persoas maiores, ás persoas con discapacidade (inclúense neste grupo as persoas con enfermidade mental) e ás persoas con enfermidades crónicas en risco de sufrir a aparición dunha situación de dependencia.

### OBXECTIVO OPERATIVO 2.1. Promover a autonomía a través da orientación, o consello individualizado e a formación para decidir sobre o proxecto de vida futuro

No marco deste obxectivo búscase articular servizos de asesoramento e acompañamento para que as persoas en proceso de envellecemento ou outros colectivos en risco de situación de dependencia poidan tomar as decisións relativas aos aspectos esenciais do seu proxecto futuro de vida de maneira informada e competente. Completarase con actividades informativas e de concienciación sobre a importancia de hábitos e prácticas que contribúen a prolongar a autonomía persoal.

### PROPOSTAS DE ACTUACIÓN

1. Coordinación e/ou integración dos sistemas de información existentes nas administracións (IANUS, SIUSS, SIGAD...) onde se recollen datos sobre persoas en situación de risco de dependencia para achegarllas pautas e accións de prevención.
2. Desenvolvemento de **accións globais de intervención** dende unha perspectiva sociosanitaria, mediante entrevistas e asesoramento individualizado, dirixidas ás persoas **solicitantes do recoñecemento da situación de dependencia** que resultaron cunha puntuación inferior á que lles outorga o grao mínimo.
3. **Coordinación dos servizos de maneira multidisciplinar** nos diferentes centros e equipos vinculados á prevención e detección precoz da dependencia que permitan unha **correcta valoración da funcionalidade de cada persoa** e establecer obxectivos para mantela ou incrementala, así como a creación de **itinerarios coordinados entre profesionais** que respondan ás necesidades das persoas en situación de risco, á súa evolución e ás súas familias, e facilitar **orientación e consello individualizados sobre as diferentes dimensións da prevención da dependencia** (alimentación<sup>17</sup>, exercicio físico, saúde–medicina xeral, cardioloxía, traumatoloxía, psicoloxía, fisioterapia etc.).

<sup>17</sup> A alimentación saudable consiste en combinar todos os grupos de alimentos para conseguir un equilibrio que asegure unha boa achega de nutrientes e por isto ten que ser variada, agradable e en cantidade suficiente. Ademais, hai que ter en conta a diferenza entre alimentación e nutrición.

4. Utilización de cuestionarios de **autoavaliación** sobre a valoración da **contribución individual ao aumento da esperanza de vida** e orientación e consello sobre os resultados obtidos.
5. **Orientación en materia de prevención das situacións de dependencia** e promoción da autonomía persoal no eido local, preferentemente en centros de atención diúrna, centros de atención primaria, centros sociocomunitarios etc.
6. Fomento de **obradoiros na Rede de Centros Sociocomunitarios** coas seguintes finalidades:
  - a) **Adestramento para o afrontamento**, co obxectivo de capacitar as persoas en situación de risco de sufrir dependencia nun futuro para adaptarse e facerlle fronte a esta (por exemplo: adaptación das persoas maiores á perda progresiva da funcionalidade sensorial e física, compensación dos déficits para evitar a dependencia e asunción dun papel activo nas intervencións preventivas).
  - b) **Estimulación en actividades básicas** da vida diaria (ABVD) e **actividades instrumentais** da vida diaria (AIVD).
7. Deseño de **programas de actividade física** saudable **personalizados** para o mantemento da autonomía persoal.
8. Creación de **proxectos socio educativos interactivos e en rede** para a prevención da dependencia e a promoción da autonomía persoal con obxectivos de intervención definidos con base nunha adecuación ás necesidades, cun seguimento e avaliación continuado e unha retroalimentación coa propia persoa
9. Fomento do **uso das novas tecnoloxías para achegar información individualizada ás persoas en situación de risco** e ás súas familias, acompañado de programas de formación sobre o uso e rendibilidade das TIC, para a adquisición de habilidades con finalidades concretas (por exemplo, para pedir cita no centro de saúde, para comunicarse por correo electrónico...).
10. Desenvolvemento de **campañas informativas** coa **participación directa de profesionais** especializados e **dirixidas a colectivos en situación de risco** de dependencia e ás súas familias sobre a promoción da saúde e os beneficios dunha vida sa.

### **OBXECTIVO OPERATIVO 2.2. Fomentar a prevención da dependencia e promoción da autonomía persoal mediante o uso de servizos e recursos**

Para a consecución deste obxectivo operativo inclúense actuacións relacionadas coa actualización, ampliación e/ou concreción dos recursos e servizos de promoción da autonomía persoal e de prevención das situacións de dependencia, tanto no ámbito da promoción e mantemento e/ou recuperación da autonomía persoal, como no de actividades de ocio e tempo libre e dos servizos de habilitación psicosocial, de forma que sempre se teña en conta á persoa como centro da intervención.

### **PROPOSTAS DE ACTUACIÓN**

1. **Adaptación da rede de recursos sociais** para fomentar actuacións dirixidas á prevención e detección precoz da dependencia.
2. **Reorganización dos recursos e servizos de promoción da autonomía persoal e de prevención** das situacións de dependencia **no ámbito comarcal** de cara a optimizar o traballo e adaptalo ás necesidades específicas da poboación da zona, cunha dotación de servizos con recursos suficientes e profesionais coa cualificación axeitada.



3. Fomento do deseño de **itinerarios de intervención revisables periodicamente e de forma conxunta coa persoa en risco de dependencia** (persoa usuaria), para definir o camiño que se vai seguir en relación coas necesidades de recursos económicos, sociais, contorno, mellora de habilidades, reeducación etc.
4. Potenciación de **programas que fomenten a actividade física** tanto no ámbito colectivo como individual, orientados a persoas en risco de dependencia, que teñan en conta a súa idade, a súa condición física e a existencia de patoloxías, e se adapten ás preferencias persoais de cada participante. Como exemplos concretos sinálanse, entre outros, os seguintes: a) a potenciación do exercicio físico aeróbico moderado e frecuente; b) a realización de actividades acuáticas tuteladas; c) a promoción do uso de sistemas de teleasistencia deportiva, da hixiene postural, da rehabilitación funcional... d) aproveitamento das sinerxías co Plan Galicia saudable.
5. Potenciación dos **parques biosaudables** coa posibilidade de incluír **programas de animación ou de actividades de exercicio físico tuteladas** en todas as **comarcas** de Galicia, que contaría cun/ha monitor/a, unha oferta de paquetes de actuacións estandarizadas por concellos e cun protocolo de valoración para identificar situacións de risco de dependencia.
6. Ampliación da **oferta museística e cultural** con actividades de ocio saudable e a incorporación de profesionais do sector sociosanitario, para aproveitar o potencial integrador de actividades como o teatro, os traballos manuais, a fotografía, a pintura ou a música.
7. Potenciación de **programas de actividades de lecer e de entretemento para os colectivos en situación de risco** como o turismo termal, turismo de praia, turismo de intercambio, actividades acuáticas, baile, informática, sendeirismo dirixido etc.
8. Fomento dos **programas universitarios para persoas maiores** a través das universidades sénior e universidades populares.
9. Potenciación dos **servizos de fisioterapia** e de **programas especializados de estimulación cognitiva e psicomotriz** en grupos reducidos desenvolvidos por profesionais con actividades orientadas á prevención e á detección precoz: creación de grupos de adestramento en **habilidades atencionais**, programas a domicilio de mantemento e estimulación de **funcións cognitivas e da linguaxe/logopedia** (concienciación xeral da importancia do mantemento da comunicación e a linguaxe coas persoas en risco de dependencia) etc.
10. Estímulo ao desenvolvemento de **actividades de prevención** da dependencia para persoas en risco, para que se manteñan activas. Como exemplos, entre outros: a utilización de **espazos e estruturas** onde **intercambiar as súas habilidades** con outras persoas, os **bancos de recordos**, destinados á difusión dos costumes tradicionais para o coñecemento por parte das novas xeracións, ou o impulso do **uso de mascotas** para combater a soidade e fomentar unha vida activa.
11. Fomento de **programas de adestramento para o desenvolvemento de actividades da vida diaria** das persoas en situación de risco de dependencia que inclúan a capacidade de tomar decisións e as interaccións co medio, tales como as tarefas domésticas, a administración do fogar ou o uso do teléfono, entre outros.
12. Deseño e implantación de estratexias de intervención de **terapia ocupacional** para acadar o maior grao posible de autonomía, seguridade e funcionalidade no desempeño das actividades da vida diaria das persoas en risco de padecer dependencia, a través de obradoiros grupais, urbanos e rurais, sobre prevención da dependencia e promoción da autonomía persoal.

## II. ESTRATEXIA PARA A PREVENCIÓN E DETECCIÓN PRECOZ DA DEPENDENCIA EN GALICIA, HORIZONTE 2020. PROPOSTAS DE ACTUACIÓN

### ÁREA DE ACTUACIÓN 2. CONTRIBUCIÓN AO AUMENTO DA ESPERANZA DE VIDA LIBRE DE DEPENDENCIA

13. Promoción de **sistemas de auto-intervención** para recuperar as capacidades funcionais nas persoas en situación de risco de dependencia (sobre todo das persoas con algunha discapacidade) a partir de contidos adaptados culturalmente á poboación usuaria.
14. Emprego das **ferramentas TIC**, como os espazos multimedia de aprendizaxe ou a **teleasistencia**, para a prevención das situacións de dependencia mediante, por exemplo, o acceso por computador persoal a tarefas ou probas estimuladoras das funcións cognitivas que lles permitan ás persoas exercer a súa memoria ou estimular os seus sentidos.
15. Promoción de **actividades de expresión/recoñecemento** de sentimentos e **emocións**, alfabetización emocional e manexo das emocións.
16. **Reforzo das estruturas naturais de apoio social** para o mantemento e incremento da actividade social no contorno e na comunidade, así como **desenvolvemento de sistemas de organización participativos** para que as persoas en situación de risco expoñan os seus problemas e necesidades.
17. Deseño e posta en marcha de **programas de prevención** da dependencia **en centros**, a través de **accións** que **involucren ás persoas usuarias/residentes con certa autonomía na realización de tarefas propias** dos ditos centros e/ou no apoio a outras persoas usuarias/residentes con menor autonomía persoal na realización de actividades instrumentais da vida diaria.
18. Desenvolvemento de **programas de voluntariado** que involucren ás persoas en situación de risco e favorezan un envellecemento máis activo, a prevención da dependencia, unha mellor autoestima e o sentimento de sentirse útil.
19. Potenciación de **centros sociocomunitarios** que teñan **como piar da súa intervención programas de prevención** da situación de dependencia e promoción da autonomía persoal en todas as comarcas de Galicia.
20. Estímulo ao apoio e **compromiso das empresas** para o desenvolvemento de **iniciativas de prevención** da situación de **dependencia e de promoción da autonomía persoal** e/ou para que se involucren na creación, mantemento ou potenciación de centros sociais e das actividades destes no marco das súas accións de responsabilidade social.
21. Promoción de **recursos para a vida autónoma en coordinación coa administración local** como os pisos tutelados, pisos comunitarios ou recursos similares.
22. Fomento do **movemento asociativo como motor do novo modelo de prevención** das situacións de dependencia no medio rural, para que as persoas en risco desenvolvan diversas actividades:
  - a. Colaborar como guías de turismo rural na súa localidade.
  - b. Formar grupos de orientación a novas persoas emprendedoras que desexen crear empresas agrarias ou relacionadas coa gandería.
  - c. Colaborar en labores de asesoramento a mozos e mozas na busca activa de emprego no rural.
  - d. Colaborar en programas de formación para gandeiros/as en activo, e utilizar a súa experiencia no aproveitamento dos recursos naturais, o uso de gando autóctono no monte, e achegar os seus coñecementos en pastoreo, coñecemento do territorio, de organización do traballo etc.
  - e. Apoio a veciños e veciñas en actividades agro-gandeiras.

23. Fomento de **actitudes positivas cara á promoción da autonomía persoal** dirixidas aos grupos de persoas en risco de dependencia, a través da elaboración e distribución de guías, e da creación/utilización de espazos de comunicación para a difusión das xa existentes.

### OBXECTIVO OPERATIVO 2.3. Facilitar a accesibilidade universal como requisito indispensable para unha vida autónoma

Este obxectivo refírese ao establecemento de medidas de orientación, educación e adestramento sobre produtos e tecnoloxías que lles serven de apoio técnico ás persoas en risco de situación de dependencia (ou con dependencia moderada), así como en relación coas necesidades de adaptación funcional do ámbito doméstico, ocupacional e de ocio no que estas se desenvolven habitualmente. Tamén contempla o acceso a produtos de apoio, eliminación de barreiras e transporte adaptado<sup>18</sup>.

### PROPOSTAS DE ACTUACIÓN

1. Desenvolvemento de **accións de sensibilización e información** sobre accesibilidade: a) Concienciación de que as barreiras lle poden afectar a calquera persoa nalgún momento da súa vida (por lesións con consecuencias temporais ou permanentes, mulleres embarazadas, persoas maiores etc.). b) Información e sensibilización sobre a accesibilidade ás comunidades veciñais, sen esquecer as barreiras invisibles e da comunicación. c) Organización de xincanas de accesibilidade para a mocidade por parte dos concellos, asociacións veciñais...
2. Reforzamento da **adaptación de espazos e edificios** tanto públicos como privados para a eliminación de barreiras: a) Seguimento do cumprimento da normativa nas obras públicas e privadas, de nova e antiga construción, para a eliminación das barreiras arquitectónicas. b) Consideración das barreiras invisibles e da comunicación, ademais das físicas e arquitectónicas. c) Ampliación de espazos habilitados para persoas con mobilidade reducida en hoteis, residencias universitarias... d) Reforzo dos sistemas de reclamación en materia de accesibilidade para contribuír á eliminación de barreiras.
3. Impulso da transversalidade do **“deseño para todas as persoas”** no **marco normativo** de produtos e servizos.
4. Difusión, **asesoramento** e promoción do **uso das axudas técnicas e de dispositivos** para eliminación de barreiras físicas e da comunicación (en especial os sistemas alternativos e aumentativos de comunicación) dirixidos a todo tipo de institucións e á poboación xeral, sobre todo de cara aos espazos públicos e aos fogares<sup>19</sup>.

<sup>18</sup> Cómpre distinguir entre dous termos:

- **Accesibilidade.** Ten vocación universal e é resultado dun deseño para todas as persoas; unha condición que deben cumprir os contornos, procesos, bens, produtos e servizos, así como os obxectos ou instrumentos, ferramentas e dispositivos utilizables e practicables por todas as persoas en condicións de seguridade e comodidade e da forma máis natural e autónoma posible.
- **Adaptación funcional do fogar.** Consiste na adquisición, instalación ou adaptación de dispositivos necesarios que, pola discapacidade da persoa, sirvan para mellorar de modo expreso as posibilidades de desenvolverse de forma autónoma no fogar, incluídas aquelas que sirvan para eliminar as barreiras de comunicación.

<sup>19</sup> A proposta baséase na idea de que o descoñecemento de tales dispositivos e axudas técnicas prexudica o papel activo na sociedade.

## II. ESTRATEXIA PARA A PREVENCIÓN E DETECCIÓN PRECOZ DA DEPENDENCIA EN GALICIA, HORIZONTE 2020. PROPOSTAS DE ACTUACIÓN

### ÁREA DE ACTUACIÓN 2. CONTRIBUCIÓN AO AUMENTO DA ESPERANZA DE VIDA LIBRE DE DEPENDENCIA

5. Asesoramento para a determinación da **adaptación** funcional do fogar e a utilización de produtos de apoio, dirixido ás persoas en situación de risco e ás súas familias.
6. **Impartición de formación** dirixida a **persoas cuidadoras** profesionais, cuidadoras informais e persoas usuarias para facilitar o **uso de produtos de apoio** (en especial os relacionados coas novas tecnoloxías) e a **adaptación funcional** do fogar en referencia a: apoios que faciliten a orientación espacial e temporal, introdución de produtos de deseño universal, eliminación de barreiras, prevención de riscos no fogar, utilización e mantemento de órteses, próteses e axudas técnicas de todo tipo.
7. **Achegamento do uso das tecnoloxías da información e da comunicación** á cidadanía, con especial atención ás persoas en situación de risco de dependencia ou con dependencia moderada e ao contorno rural mediante: a) Charlas e obradoiros para sensibilizar sobre as vantaxes do seu uso e impartición de formación adaptada ...b) Intensificación das actividades postas en marcha no marco das políticas da sociedade da información para a diminución da fenda dixital, e fomento do uso e aproveitamento dos recursos da rede CeMIT. c) Extensión do acceso a internet a todos os fogares de Galicia, así como habilitación de conexións á rede nos centros cívicos, bibliotecas, lugares de reunión...
8. Potenciación de **programas de mobilidade e de relación co contorno**, que teñan en conta as necesidades específicas do ámbito rural. Cítanse como exemplos: a) Proxecto Maiores sobre rodas, que pretende mellorar a calidade de vida das persoas maiores con dependencia física pero non cognitiva, facilitando sen custo engadido, dispositivos de movemento de tracción eléctrica. b) Potenciación e mellora do transporte adaptado. c) Mellora da coordinación e colaboración coas institucións e organismos supramunicipais. d) Fomento da solidariedade social coa implicación do voluntariado veciñal. e) Convenios coas empresas de transporte público para mellorar a accesibilidade das persoas nas liñas normalizadas en funcionamento... f) Consolidación e mellora do “servizo de transporte sanitario non urxente”. g) Impulso de liñas de axuda para medios de transporte destinados á prestación de servizos básicos á poboación rural.
9. Realización de actividades para a **eliminación de barreiras da comunicación**, tales como: a) Potenciación do Servizo de Intérpretes de Lingua de Signos; b) Dotación de medios de apoio á comunicación oral para as persoas con discapacidade auditiva en centros socio-culturais, auditorios etc.; c) Elaboración de información en diferentes medios e formatos accesibles tendo en conta as características de cada persoa; d) Adaptación (ou busca de alternativas) dos sistemas de resposta automática no servizo telefónico do Servizo Galego de Saúde e noutros servizos públicos, se fose o caso, para facilitar o acceso de persoas con algunha dificultade e/ou en situación de risco de dependencia.
10. Potenciación de **liñas de axuda** para garantir a autonomía persoal: asistente persoal, adquisición de produtos de apoio, adaptación dos fogares e contornos tanto para a eliminación de barreiras físicas como de comunicación, transporte adaptado... con especial atención aos colectivos máis vulnerables.
11. Establecemento de **programas de préstamo, aluguer ou doazón** de produtos de apoio por parte da Administración mediante concertos con empresas de ortopedia e entidades do terceiro sector, así como creación de redes de colaboración para facilitar estas operacións entre as persoas usuarias.

## OBXECTIVO OPERATIVO 2.4. Desenvolver medidas preventivas para diminuír a aparición dos factores de risco máis frecuentes que afectan o desenvolvemento da persoa

Este obxectivo baséase na identificación e establecemento de medidas que resulten útiles para mitigar ou retrasar a aparición de factores que lle afectan ao adecuado desenvolvemento das persoas (por exemplo, iatroxenia, procesos de hospitalización complexa, polimedicación, fraxilidade, deterioro cognitivo) e estimular actuacións complementarias a outros programas vixentes e considerando a sensibilidade das zonas rurais de Galicia.

### PROPOSTAS DE ACTUACIÓN

#### DETECCIÓN PRECOZ

1. **Desenvolvemento de accións informativas para a poboación en xeral**, e especialmente para os **colectivos profesionais** implicados, sobre as **causas e síntomas das patoloxías máis frecuentes** que poden supoñer risco dunha situación de dependencia no futuro.
2. Establecemento dun **protocolo de actuación en atención primaria** baseado nun sistema de alarmas en relación co risco individual de dependencia, que implica a elaboración e implantación de instrumentos de valoración a partir da definición dunha batería de ítems para determinar o perfil de risco nas persoas.
3. **Aproveitamento da relación médico-paciente nos servizos sanitarios** para a identificación e modificación de factores de risco e o deseño de programas específicos.<sup>20</sup>
4. Deseño de **protocolos específicos** de actuación de **diagnóstico precoz e de prevención** da dependencia nos **centros de internamento** <sup>21</sup> para todas as persoas que presentan un perfil de risco.<sup>22</sup>
5. Establecemento dun proceso de **atención integral ao deterioro cognitivo e control das situacións de fraxilidade** a través de mecanismos de diagnóstico precoz: a) Definición da síndrome de fraxilidade en persoas maiores. b) Ferramentas de avaliación rápida que garantan o diagnóstico precoz das situacións de fraxilidade ligada á enfermidade ou ao envellecemento. c) Mecanismos de busca proactiva e control regular de persoas maiores en situación de fraxilidade. d) Controis das condicións de fraxilidade con maior prevalencia nas persoas maiores (deterioro cognitivo ou hipertensión arterial, entre outros) a través de sistemas e tecnoloxías da información e das comunicacións dende o propio fogar.
6. Potenciación de actividades de **detección precoz de determinados cambios metabólicos** como a hiperglucemia e a hipercolesterolemia, entre outros.

#### PREVENCIÓN

7. Deseño e implantación de **programas preventivos especializados de diferentes patoloxías e o seguimento e control individualizado** da información sanitaria dirixida tanto á persoa

<sup>20</sup> Por exemplo, un programa de avaliación e diagnóstico psicolóxico das persoas de 45 ou máis anos que refiran ao persoal facultativo de atención primaria queixas subxectivas de perda de memoria e/ou doutra función cognitiva.

<sup>21</sup> Refírese aos lugares onde unha persoa reside por un período determinado, máis ou menos longo, fóra da súa vivenda habitual: hospitais, residencia de maiores, fogares de acollida de menores, centros penais...

<sup>22</sup> Os protocolos de actuación permiten aos e ás profesionais responsables da atención a unha persoa en situación de risco unha liña de actuación consensuada e validada que contribúe a unha boa práctica profesional e a acadar os obxectivos propostos dende todos os ámbitos.

## II. ESTRATEXIA PARA A PREVENCIÓN E DETECCIÓN PRECOZ DA DEPENDENCIA EN GALICIA, HORIZONTE 2020. PROPOSTAS DE ACTUACIÓN

### ÁREA DE ACTUACIÓN 2. CONTRIBUCIÓN AO AUMENTO DA ESPERANZA DE VIDA LIBRE DE DEPENDENCIA

como ao seu contorno familiar e ás persoas cuidadoras, tales como: a) Medidas de prevención da depresión, coa identificación previa das causas que a motivan. b) Accións de prevención do ictus, especialmente entre as mulleres e persoas maiores. c) Accións de concienciación para a prevención de problemas cardiovasculares informando dende a perspectiva sanitaria, tanto á persoa en risco como á súa familia, da importancia do exercicio físico, dunha dieta axeitada, así como da inadecuación doutros hábitos etc.

8. Consolidación do **programa Paciente experto 2.0** sobre información personalizada en canto a medidas preventivas para adoptar polos/as pacientes, entre outras.
9. **Adaptación dos programas** de prevención da aparición de factores de risco (dietas, exercicios, estimulación cognitiva...) **ás preferencias das propias persoas usuarias**, no marco dos protocolos xa establecidos coa finalidade de evitar posibles abandonos.
10. Utilización de **modelos de estancia de transición para a recuperación total e alta hospitalaria** sen consecuencias indirectas<sup>23</sup> como por exemplo os seguintes: a) Valoración da creación de unidades específicas sanitarias con dotación de persoal adecuado (por exemplo, unha unidade intermedia de alta hospitalaria) para persoas que presentan un deterioro como consecuencia dunha prolongada hospitalización. b) Valoración da posibilidade de reserva de prazas de transición entre o centro hospitalario e o domicilio en recursos sociosanitarios tanto públicos como concertados (residencias de persoas maiores, centros de día...) <sup>24</sup>.
11. Desenvolvemento de accións preventivas do **deterioro cognitivo**, da **hipoacusia**, do **déficit visual**, incontinencia urinaria... **en persoas maiores de 65 anos**.
12. Incorporación de **iniciativas de prevención** nos **plans de acompañamento social dos expedientes de regulación do emprego** (por exemplo, de preparación psicolóxica para situacións de desemprego, especialmente en traballadores e traballadoras de máis idade).
13. Organización de cursos de **preparación á xubilación** para evitar o deterioro da persoa mediante a introdución da **figura do management work nas empresas** e especialmente na **administración**, que pivotaría sobre as persoas traballadoras xubiladas ou próximas á xubilación para un envellecemento activo e/ou preparación para a súa xubilación, á vez que o necesario intercambio do coñecemento na empresa e na administración.
14. Fomento da **actividade física como medio preventivo e curativo** a través de: a) Impulso da protocolización do tratamento da actividade física e cognitiva de maneira que se lle receite a cada paciente maior de 45 anos e se lle realice o seguimento a través do programa IANUS. b) Elaboración de informes de saúde individualizados por parte do persoal médico de atención primaria para unha práctica deportiva con minimización de riscos. c) Fomento da valoración individualizada previa das condicións de saúde, como práctica xeneralizada en

<sup>23</sup> Os centros hospitalarios están deseñados para a atención médica asistencial e ás veces non coidan outros factores que inciden negativamente na saúde do/a paciente e incluso na da persoa acompañante. Estas unidades estarían destinadas a normalizar o paso dun/ha doente cunha prolongada estancia hospitalaria a unha alta médica sen que supoña agravar ou engadir patoloxías derivadas do propio proceso de internamento hospitalario.

<sup>24</sup> Consistiría no traslado de doentes, con patoloxías que requiran un longo internamento pero non necesariamente unha grande especialización médica, a unidades cun perfil asistencial sociosanitario con carácter temporal ata a súa alta por melloría. Por exemplo, utilizar unha praza dunha residencia onde o réxime de internamento é máis normalizado que o hospitalario. A súa posta en marcha implicaría superar o histórico funcionamento en paralelo dos servizos sanitarios e sociais. Se os centros sociosanitarios (como as residencia de persoas maiores ou centros de día) tiveran unha reserva de prazas de transición entre o centro hospitalario e o domicilio, poderían formar parte das medidas deseñadas para incrementar a esperanza de vida libre de dependencia.

todos os centros de actividade física e deportiva, como fórmula de control e de prevención nos ditos espazos.

15. Desenvolvemento de **programas de adestramento en habilidades** da vida diaria e de orientación e mobilidade que favorezan unha maior seguridade na realización destas.
16. Establecemento dun servizo que identifique **os riscos ocupacionais** en relación coa aparición de patoloxías que provoquen dependencia.

### **MEDICACIÓN/TRATAMENTO**

17. Potenciación das **medidas de control da polimedicación** e aproveitar o uso das novas tecnoloxías para alertar o persoal clínico das interaccións medicamentosas.
18. Consolidación de **sistemas de alerta sobre a iatroxenia** a partir de estruturas existentes, como o mecanismo de comunicación a servizos centrais e unidades de fármaco-vixilancia sobre os efectos adversos de medicamentos.
19. Desenvolvemento de **accións de concienciación** sobre as consecuencias da toma de medicamentos sen prescrición facultativa, que favorezan o seguimento e revisión continuada dos tratamentos e dos seus efectos secundarios para minimizar e controlar o seu impacto no funcionamento e saúde da persoa.
20. Estímulo ao recoñecemento e implantación de **medidas alternativas ou complementarias aos tratamentos tradicionais ou farmacolóxicos** que contribúan á mellora da calidade de vida e a evitar unha utilización excesiva e indebida de medicamentos: a) As terapias non farmacolóxicas como actuacións sanitarias válidas ante a aparición de síntomas de enfermidade e a promoción da autonomía persoal nos estados iniciais da enfermidade. d) A utilización dos balnearios con fins terapéuticos e rehabilitadores (non só como actividade de lecer). c) Outras aproximacións terapéuticas de baixo custe: estimulación sensorial rítmica e magnética, exercicio físico terapéutico, emprego da realidade virtual, adestramento en habilidades respiratorias para a mellora cardiorrespiratoria.

## **OBXECTIVO OPERATIVO 2.5. Establecer servizos de apoio para o desenvolvemento profesional e social das persoas en situación de risco de dependencia**

As actuacións definidas neste obxectivo están directamente vinculadas coa formación, orientación e inserción para o emprego dirixido ás persoas en situación de risco de dependencia (por exemplo, formación en habilidades básicas e polivalentes para o emprego, formación ocupacional, formación práctico laboral, emprego con apoio, dispositivos de orientación, emprendemento), e considerar incluso a posibilidade de organizar e aplicar iniciativas que contribúan a planificar un proceso progresivo de flexibilización da actividade laboral.

## **PROPOSTAS DE ACTUACIÓN**

### **FORMACIÓN**

1. Fomento dun **cambio de enfoque dos programas dos centros ocupacionais** e dos seus obxectivos cara a unha maior conexión co mercado laboral actual que inclúa: a) O desenvolvemento de capacidades para o desempeño de tarefas produtivas específicas relacionadas con sectores laborais concretos. b) O estímulo á integración na sociedade da

## II. ESTRATEXIA PARA A PREVENCIÓN E DETECCIÓN PRECOZ DA DEPENDENCIA EN GALICIA, HORIZONTE 2020. PROPOSTAS DE ACTUACIÓN

### ÁREA DE ACTUACIÓN 2. CONTRIBUCIÓN AO AUMENTO DA ESPERANZA DE VIDA LIBRE DE DEPENDENCIA

información a través do uso das novas tecnoloxías, o acceso a unha formación máis ampla e a novas formas de traballo. c) A temporalidade da permanencia das persoas nos talleres de formación. d) A orientación e impulso cara a centros especiais de emprego ou outros dispositivos onde as persoas poidan ser contratadas mediante a adaptación ao mundo laboral (emprego ordinario, emprego con apoio, constitución de cooperativas...). e) A coordinación con iniciativas formativas de entidades ligadas á promoción do emprego para que as persoas que reúnan as capacidades e habilidades necesarias para o desempeño laboral, se orienten cara a outros recursos, tanto de formación normalizada como de fórmulas de emprego mediante as que se contraten legalmente.

2. Reforzo da **oferta de formación para o emprego, accesible** para persoas en situación de risco de dependencia e potenciación do **recoñecemento das competencias profesionais adquiridas** polas persoas a través da experiencia laboral ou de vías non formais de formación.
3. Aprendizaxe das tecnoloxías da información e da comunicación a través dun programa de **préstamo de materiais TIC** para o emprego e a educación.
4. Desenvolvemento de **talleres de habilidades sociais e da vida diaria** que favorezan unha vida activa e, sobre todo, a **inclusión social e laboral** das persoas en situación de risco de dependencia.

### ACCESO AO MERCADO LABORAL E CONTRATACIÓN

5. Promoción dos **itinerarios de emprego individualizados adaptados** ás necesidades e capacidades de cada persoa, que faciliten un seguimento e apoio por parte do/a profesional de referencia para as persoas en risco de dependencia.
6. Potenciación dos servizos de **terapia ocupacional** e dos **servizos de emprego específicos do terceiro sector**.
7. Promoción dun **servizo de estudos funcionais dos lugares de traballo** e do seu contorno para proceder á súa adaptación e obter un mellor rendemento e evitar custos superfluos ou innecesarios.
8. Aplicación de medidas que favorezan a **contratación por parte das empresas e das administracións públicas** de persoas con discapacidade e/ou persoas en risco de situación de dependencia: a) Diversificación das fórmulas de contratación. b) Deseño e fomento de modalidades de emprego en cooperativas tuteladas. c) Difusión, asesoramento e apoio ao tecido empresarial para a incorporación ao mercado laboral destas persoas, sobre todo por parte das empresas cunha xestión socialmente responsable. d) Reserva de prazas para persoas en situación de dependencia moderada nos programas e actividades da Administración (campaña de verán, programas de voluntariado ambiental... e) Creación de bolsas e axudas á formación e incentivos á contratación das persoas en risco de dependencia. f) Reforzo e consolidación das empresas de inserción.
9. Elaboración de **guías prácticas** sobre habilidades sociais e da comunicación, resolución de conflitos no traballo... **dirixidas tanto a persoas empregadoras como empregadas**.
10. Creación dun programa de **asesoramento a persoas emprendedoras** e transferencia de coñecemento baseado no **voluntariado sénior** (de persoas maiores expertas) ou voluntariado especializado.



11. Potenciación do **emprego con apoio** a través de prácticas profesionais, adaptación do posto de traballo e da valoración e habilitación, se é o caso, da posibilidade de dispor da figura dun/ha asistente persoal para o desenvolvemento das actividades laborais e de formación das persoas en risco de dependencia, ou de voluntariado especificamente preparado para tal cometido.
12. **Seguimento do cumprimento da normativa vixente** por parte das administracións públicas, sobre todo con relación a: a) O artigo 70 bis da Lei 30/2007, do 30 de outubro, de contratos do sector público segundo a redacción do artigo 18 da Lei 26/2011, do 1 de agosto, de adaptación normativa á Convención Internacional sobre os Dereitos das Persoas con Discapacidade (os licitadores deben cumprir a obriga de contar cun 2% de persoas traballadoras con discapacidade ou adoptar as medidas alternativas correspondentes). b) o artigo 37 da Lei de integración social dos discapacitados en todas as contratacións e certificacións e/ou acreditacións de calidade que emita a administración autonómica. **Reforzar a normativa** co **desenvolvemento de cláusulas sociais** nos procesos de contratación da Administración.

## ÁREA DE ACTUACIÓN 3.

### MELLORA DO DIAGNÓSTICO E DA CALIDADE DE VIDA DAS PERSOAS CON DEPENDENCIA MODERADA

**Obxectivo xeral:** proporcionar unha atención especializada ás persoas cunha perda de funcionalidade, cando aínda existen posibilidades de reversión ou modificación do seu curso, co propósito de mellorar o seu pronóstico e previr o agravamento do actual estado e/ou reducir os efectos sobre a posibilidade de pleno desenvolvemento persoal, a través de facilitar a detección e rehabilitación precoz e o apoio á permanencia no domicilio o no ámbito habitual.

**Colectivos destinatarios:** persoas en situación de dependencia moderada ou persoas que, sen contar coa valoración da dependencia e o recoñecemento desta, presentan perda de funcionalidade cando aínda existe posibilidade de reversión ou modificación do seu curso e polo tanto mellora do seu pronóstico.

#### **OBXECTIVO OPERATIVO 3.1. Promover o diagnóstico precoz da poboación en situación de dependencia moderada ou en risco de padecela, en especial das persoas máis vulnerables a sufrir este tipo de situacións**

A idea básica deste obxectivo é establecer as estratexias e/ou dispositivos que permitan a detección e captación das persoas máis vulnerables a sufrir situacións de dependencia (e que en moitas ocasións non teñen contacto cos servizos sociais e/ou sanitarios) con base no deterioro funcional precoz, incipiente, leve ou incluso antes de que se manifeste clinicamente en virtude dos antecedentes. Trataríase de abordar estas situacións de forma rápida e eficiente a través de protocolos ou outros mecanismos e estratexias para minimizar as consecuencias, por exemplo, de enfermidades crónicas, entre outras.

#### **PROPOSTAS DE ACTUACIÓN**

1. Rexistro nos sistemas de información existentes da información necesaria sobre as persoas que se atopan en situacións permanentemente sintomáticas, con reagudizacións frecuentes que obrigan ao contacto habitual cos servizos sociais e sanitarios e que producen un deterioro funcional progresivo que ocasiona en estadios avanzados da situación de dependencia.
2. Creación de **mecanismos de despistaxe (*screening*) social** que permitan poñer en marcha os mecanismos de intervención precoz que se precisen.
3. Elaboración dunha **guía de indicadores de detección precoz** das situacións de dependencia dirixida á cidadanía.
4. Deseño e posta en marcha de **anuncios publicitarios e materiais multisoporte** con información precisa para **promover a detección e identificación das persoas máis vulnerables** a sufrir situacións de dependencia e tratar de **sensibilizar** á poboación en xeral sobre a importancia do diagnóstico precoz e detección de síntomas en **familiares** e mesmo **entre veciños/as** (especialmente no ámbito rural).
5. Realización de **campañas de sensibilización e detección precoz a través dos centros de ámbito social, centros de saúde e das asociacións do contorno** acompañadas de obradoiros, espazos de información e consulta en cada centro como **forma de achegamento ás**

**persoas en risco** de padecer un maior grao de dependencia. Os servizos sociais, sanitarios e o terceiro sector deben **traballar en rede, de forma coordinada e proactiva**, e ter claro o obxectivo transversal da detección e captación de persoas con algunha perda de funcionalidade. Para acadar este obxectivo estableceríanse tamén **medidas ou protocolos para aproveitar a información obtida polas persoas voluntarias** das asociacións e organizacións de acción voluntaria.

6. Realización de **talleres de memoria ou outras iniciativas similares como sistemas de detección**, e tomar como principal factor de risco a idade (por exemplo, no caso de Alzheimer o diagnóstico precoz podería adiantarse ao redor dos 50 anos).
7. Fomento de **obradoiros de habilidades sociais** coa finalidade de que **as persoas maiores aprendan a comunicar adecuada e completamente os seus síntomas**, sen obviar manifestacións que poden ser relevantes para un tratamento axeitado.
8. Impulso ao desenvolvemento dun **protocolo informatizado de diagnóstico de patoloxías que xeren dependencia** (por exemplo a partir dos 65 anos), de aplicación en atención primaria do sistema sanitario, para o diagnóstico precoz do deterioro cognitivo leve e derivación dos casos que lle correspondan á atención especializada.
9. Elaboración de **programas interactivos online e offline para a detección de posibles situacións de dependencia aplicables** a persoas que non teñan contacto co sistema, cunha posta en marcha previa de accións de difusión para que os colectivos en risco teñan coñecemento da súa existencia.

### OBXECTIVO OPERATIVO 3.2. Impulsar a detección e rehabilitación precoz en centros aos que acoden persoas maiores e persoas con discapacidade

Nesta epígrafe inclúense propostas relacionadas coa tarefa de organizar de maneira sistemática en centros de atención primaria de saúde e de servizos sociais, así como noutros centros (sociocomunitarios, deportivos e de ocio) para persoas maiores e con discapacidade, programas e actividades que permitan a detección das situacións de risco e a rehabilitación precoz das persoas nesta situación. Por exemplo, programas de vixilancia da fragilidade ósea (con especial incidencia nas patoloxías do pé, xeonllo e cadeira), dos sistemas visual e auditivo, do número e estado das pezas dentarias; programas específicos de actividade física en función da condición física e existencia de patoloxías; programas de estimulación cognitiva; promoción, mantemento ou recuperación da autonomía física, habilitación psicosocial; servizos de asesoramento dietético etc.

## PROPOSTAS DE ACTUACIÓN

### DETECCIÓN PRECOZ

1. Reforzo da **coordinación entre os organismos competentes** en materias relacionadas coa prevención e detección precoz da dependencia e a promoción da autonomía persoal.
2. **Especialización dos equipos profesionais da atención primaria** do sistema sanitario na atención á dependencia.
3. Impulso á **coordinación dos e das traballadoras sociais** dos centros sanitarios de atención primaria cos **equipos multidisciplinares de valoración**.
4. Activación dun **protocolo de seguimento** das persoas que resultaron cunha **valoración negativa no proceso de recoñecemento** da situación de dependencia.

## II. ESTRATEXIA PARA A PREVENCIÓN E DETECCIÓN PRECOZ DA DEPENDENCIA EN GALICIA, HORIZONTE 2020. PROPOSTAS DE ACTUACIÓN

### ÁREA DE ACTUACIÓN 3. MELLORA DO DIAGNÓSTICO E DA CALIDADE DE VIDA DAS PERSOAS CON DEPENDENCIA MODERADA

5. Elaboración e difusión dun **protocolo de actuación e recollida de información relativo á detección e rehabilitación precoz**, que inclúa ademais un **catálogo de actividades e unha relación de signos de alerta** en doenzas que producen dependencia, para o seu **uso común en centros** sanitarios (en especial de atención primaria), centros de atención da rede sociosanitaria, centros deportivos e de ocio, centros de entidades do sector etc.
6. Establecemento de **programas de diagnóstico e de rehabilitación precoz** en persoas en situación de maior risco, sobre todo maiores e persoas con discapacidade, mediante o uso coordinado dos recursos existentes en cada área sanitaria. Neste marco integraríanse outros posibles programas ou protocolos:
  - a. Protocolo de **diagnóstico sistemático de patoloxías que xeran dependencia** en atención primaria, a través de screening regular e derivación dos casos á atención especializada, coa sectorización previa da poboación en risco (por exemplo, a partir dos 65 anos someter aos pacientes ao MEC).
  - b. Protocolos sanitarios de **prevención de enfermidades asociadas a síndromes** que provocan dependencia.
  - c. Programa de prevención en atención primaria baseado no establecemento de **revisións periódicas de detección precoz da dependencia** para colectivos de risco co apoio de equipos multidisciplinares.
  - d. **Psicodiagnósticos preventivos**, que inclúen a concreción do procedemento, determinación das técnicas e instrumentos e proxección do informe de resultados.
7. Concentración dos esforzos de **detección precoz e prevención da dependencia nos procesos de maior prevalencia** entre a poboación de risco. Como exemplos destacados sinálanse os seguintes:
  - a. **Deterioro cognitivo leve**: establecer os medios para o seu diagnóstico precoz en atención primaria (mini exame cognitivo a maiores de 60 ou 65 anos de forma regular).
  - b. **Insuficiencia renal moderada** en persoas maiores polimedicadas, con hipertensión e/ou diabetes de longa evolución, a través dunha analítica de control coa periodicidade que se estime e a utilización de menos fármacos.
  - c. Programas de **vixía da fragilidade**, especialmente da ósea, con especial incidencia nas patoloxías do pé, xeonllo e cadeira, dos sistemas visual e auditivo, así como do número e estado das pezas dentarias e establecer os tratamentos de corrección axeitados para cada persoa.
  - d. Programa para a detección precoz das **reagudizacións da enfermidade pulmonar obstrutiva crónica (EPOC<sup>25</sup>)** e da **insuficiencia cardíaca (IC)** por parte dos e das pacientes ou das súas persoas coidadoras para previr ingresos hospitalarios (avaliación do risco a partir dos 55 anos e detección precoz das reagudizacións para as persoas xa afectadas).
8. Desenvolvemento e difusión de novas **ferramentas** orientadas a **profesionais** do ámbito sanitario para a **detección e tratamento de patoloxías asociadas á dependencia**.
9. Organización de accións de **concienciación sobre a importancia da vixilancia por parte do contorno** das persoas en situación de dependencia moderada ou en risco de padecela para unha detección precoz: a) Fomento do uso dos test de screening, analíticas... en atención

<sup>25</sup> Diversos estudos poñen de manifesto que unha elevada porcentaxe das persoas afectadas descoñece que a sofre.

A espirometría é unha proba clave para o diagnóstico, pero hai centros que non a practican.

primaria para detectar síntomas máis prematuramente; b) Reforzamento da información entre a poboación xeral (familias) para que aprendan a identificar síntomas subclínicos.

10. Establecemento de **índices de envellecemento** mediante a determinación de probas de vangarda (telomerasas, sistema inmunitario...).
11. Utilización de xogos/probas/test a través de espazos multimedia de aprendizaxe para a detección de patoloxías que poden orixinar situacións de dependencia (Alzheimer, problemas de visualización).

### ATENCIÓN

12. **Impulso á colaboración entre os servizos sanitarios, os servizos sociais e o terceiro sector** para prestarlles unha atención personalizada ás persoas en risco de dependencia ou con dependencia moderada; por exemplo, mediante a inclusión nos informes de alta hospitalaria dunha mención expresa á necesidade de valoración da dependencia e posible tratamento clínico; o establecemento nos protocolos de alta hospitalaria, ou a través de atención primaria, da recomendación de contacto con entidades de iniciativa social ou a coordinación do persoal médico coas asociacións para orientar as persoas en situación de dependencia moderada e as súas familias durante as estancias e/ou procesos de alta hospitalaria<sup>26</sup>, entre outros.
13. Fomento dun **servizo de promoción de autonomía persoal a través de itinerarios personalizados** dirixidos a persoas en situación de dependencia moderada ou con perda de funcionalidade, baseado no **consello individualizado** sobre o itinerario resultante e na **prestación de información** sobre os recursos dispoñibles para que accedan aos máis adecuados á súa situación e ás súas expectativas.
14. Fomento de **programas de rehabilitación nos concellos** a través dos centros sociocomunitarios, dos centros de saúde e das asociacións do seu ámbito territorial ou comarca.
15. Potenciación de **centros de rehabilitación e fomento da utilización de parques biosaudables** na rehabilitación de persoas con perda de funcionalidade ou en situación de dependencia moderada.
16. Desenvolvemento de novos **servizos e/ou programas con fins rehabilitadores** (aínda que tamén preventivos e de detección precoz) dirixidos a persoas en risco de dependencia ou con dependencia moderada, **e/ou mellora dos existentes**: asesoramento dietético para persoas con algunha patoloxía específica ou con antecedentes familiares desta, asesoramento sobre a actividade física como axente beneficioso para a súa calidade de vida, potenciación dos servizos de fisioterapia e rehabilitación, deseño de programas específicos de intervención cognitiva para os casos diagnosticados de deterioro cognitivo moderado...
17. **Aproveitamento dos centros residenciais, centros de día, sanitarios, sociocomunitarios... para a realización de talleres prácticos** (de rehabilitación, memoria...) con fins preventivos, de detección precoz e rehabilitadores dirixidos a persoas que polas súas características non precisan asistir aos ditos centros, polo que non son usuarias destes.
18. **Ampliación da oferta de lecer accesible** pra persoas con discapacidade e en situación de dependencia, con especial atención ao medio rural galego.

<sup>26</sup> O tempo que transcorre entre o diagnóstico, alta e a rehabilitación pode ás veces agravar as situacións de dependencia.

## II. ESTRATEXIA PARA A PREVENCIÓN E DETECCIÓN PRECOZ DA DEPENDENCIA EN GALICIA, HORIZONTE 2020. PROPOSTAS DE ACTUACIÓN

### ÁREA DE ACTUACIÓN 3. MELLORA DO DIAGNÓSTICO E DA CALIDADE DE VIDA DAS PERSOAS CON DEPENDENCIA MODERADA

19. Fomento do **emprego de animais adestrados** nas **terapias rehabilitadoras** das persoas con dependencia moderada como a hipoterapia<sup>27</sup> ou cans adestrados e **divulgar os beneficios** que os animais poden achegar a estas persoas.

### OBXECTIVO OPERATIVO 3.3. Favorecer a permanencia no domicilio e contorno habitual durante o maior tempo posible

A través deste obxectivo perséguese a consolidación dunha oferta de servizos coordinada, integrada e diversificada, e achegarlle ao domicilio o conxunto de atencións que precisan as persoas en situacións de dependencia moderada (por exemplo, apoio psicolóxico, comidas, lavandería, podoloxía, servizos de mantemento da casa, peiteado, teleasistencia avanzada con orientacións e apoios complementarios, fisioterapia, actividades de ocio dentro e fóra do fogar, instalación de tecnoloxías e outros produtos de apoio etc.). Así mesmo, inclúe o desenvolvemento de experiencias co obxecto de xeneralizar un modelo de atención domiciliaria adaptado ás peculiaridades xeográficas, especialmente no medio rural.

### PROPOSTAS DE ACTUACIÓN

1. Potenciación do **programa de asistencia persoal e de axuda no fogar**<sup>28</sup>.
2. Impulso dos **programas de voluntariado de acompañamento** das persoas con dependencia moderada e das persoas maiores para posibilitarles o mantemento dunha vida activa en coordinación co terceiro sector (programas de tutoría personalizada desenvolvida en asociacións xuvenís, de mulleres, persoas con discapacidade ...).
3. Potenciación dos **servizos especializados de atención no domicilio** para a persoa con dependencia e o seu contorno familiar a través de diversas medidas, como as que se sinalan a continuación:
  - a. Creación dunha **rede de unidades móbiles** de atención sociosanitaria que acuda ao domicilio ou área residencial.
  - b. **Servizos profesionais** proporcionados por **equipos multidisciplinares**, cun enfoque preventivo, para a revisión periódica dos programas individuais de atención (PIA) e para a formación tanto da persoa en situación de dependencia como da familia etc.
  - c. **Equipos de soporte domiciliario** como apoio directo aos equipos de atención primaria e á familia.
  - d. **Asistencia de terapeutas ocupacionais** para a promoción de autonomía persoal na realización das actividades da vida diaria<sup>29</sup>.
  - e. Desenvolvemento de **servizos individualizados de apoio familiar** para a súa adaptación á nova situación: información, apoio emocional, análise do núcleo de convivencia da persoa en situación de dependencia.
  - f. Potenciación do voluntariado especializado de proximidade.

<sup>27</sup> Os movementos tridimensionais do cabalo favorecen o estímulo dos músculos e articulacións, mentres que o propio contacto co animal achega facetas terapéuticas cognitivas, comunicativas e de personalidade. A Consellería de Medio Rural e Mar conta cun Centro de recursos equinos autóctonos de Galicia en Sergude que podería empregarse.

<sup>28</sup> Suxírese darlles prioridade ás persoas en situación de dependencia que teñen limitada a súa autonomía, e non só para tarefas de atención persoal, senón tamén de acompañamento exterior para evitar o illamento e os riscos de accidentes que poidan orixinar maiores dependencias.

<sup>29</sup> Existen experiencias no ámbito nacional e internacional sobre a eficacia do adestramento domiciliario para o desempeño das actividades cotiás, con beneficios a nivel funcional, motor, cognitivo e afectivo.

4. Fomento das **novas tecnoloxías** (teleasistencia avanzada, vídeo conferencia, ou os localizadores GPS...) para ofrecer servizos e asesoramento profesional a domicilio: telediagnose, rehabilitación asistida, estimulación no fogar a través do computador ou das vídeo consolas, autocoidado e monitorización, deseño de programas de actividades á medida das necesidades da persoa, valoración en tempo real da situación da persoa... **Aproveitamento das sinerxías co proxecto fogar dixital do programa Innova-Saúde** de promoción da permanencia no fogar de persoas con dependencia moderada mediante o emprego de dispositivos en coordinación cos servizos sociais.
5. Potenciación do **acceso** das persoas con dependencia moderada a **servizos que favorecen a súa permanencia no domicilio**<sup>30</sup>.
6. Reforzamento dos **servizos sociais e sanitarios de proximidade** (centros de saúde, centros de día, programas de respiro para persoas coidadoras, hospitalización a domicilio –HADO–, visitas domiciliarias de atención primaria para pacientes crónicos...) e concienciación entre as potenciais persoas usuarias e coidadoras da súa utilidade como recurso para a prevención dun maior grao de dependencia e para favorecer a permanencia no núcleo familiar.
7. **Concienciación da poboación** para reforzar a creación por parte de particulares de **recursos residenciais alternativos** dotados de servizos comúns e de programas especializados destinados á prevención da dependencia e deseñados para persoas maiores para reducir a utilización do servizos de carácter público.
8. **Integración de distintos recursos** (rehabilitación, logopedia...) nun mesmo centro para facilitar a accesibilidade das persoas con dependencia moderada e optimizar os recursos.
9. Favorecemento da implantación xeneralizada dun **sistema de xestión de citas en consultas de atención especializada e probas diagnósticas de xeito coordinado** para as persoas con dependencia (por exemplo, concentrar as citas para evitar desprazamentos innecesarios)..
10. Impulso da **posibilidade de compatibilizar/complementar varios recursos e/ou servizos** no domicilio, centros de atención diúrna, entre outros, para evitar a institucionalización da persoa en situación de dependencia.
11. Promoción do **teletraballo** no seo da Administración dirixido ás persoas traballadoras que son, á pola súa vez, coidadoras para asegurar o acompañamento da persoa coidada e favorecer a súa permanencia no domicilio.

### OBXECTIVO OPERATIVO 3.4. Reforzar a adaptación progresiva dos programas individuais de atención

As propostas de acción que se inclúan neste obxectivo operativo están, no seu conxunto, dirixidas ou centradas na realización de revisións e actualizacións periódicas das valoracións e dos obxectivos asistenciais, en función do diagnóstico, das fases da enfermidade que xeran dependencia, da situación funcional e cognitiva da persoa e cando as circunstancias así o aconsellen, de cara a ofrecer un servizo axustado ás necesidades, situación e obxectivos da persoa en cada momento e evitar, se é o caso, un curso acelerado do incremento da dependencia.

<sup>30</sup> Como os programas xantar na casa/comedor sobre rodas e de lavandería a domicilio, o servizo de transporte sanitario programable para as persoas en situación de dependencia e familiares, as adaptacións no fogar e tecnoloxías de apoio e equipamento das vivendas, servizos de teleasistencia e transporte adaptado...

## PROPOSTAS DE ACTUACIÓN

1. Promoción de **estratexias que eviten un curso acelerado da aparición ou incremento da dependencia** asociada a enfermidades e que faciliten a adaptación física e psicolóxica da persoa nesta nova situación.
2. **Revisión dos procesos de acceso** da persoa en situación de dependencia ao recurso máis axeitado co fin de reducir os tempos de espera.<sup>31</sup>
3. **Impulso e reforzamento dos programas individuais de atención (PIA)** a través, entre outros, dunha inclusión gradual da atención de tipo psicosocial e educativa, dunha atención centrada na persoa na que se teñan en conta as preferencias ou expectativas manifestadas e da inclusión das propostas de adaptación necesarias nos protocolos de seguimento de todos programas.
4. Deseño e implantación de **instrumentos de avaliación evolutiva** das persoas e dos efectos da intervención efectuada: **a)** Incorporación de obxectivos específicos de prevención que avalíen o mantemento ou recuperación de funcións e habilidades nos programas de atención individual (PAI). **b)** Potenciación das accións avaliativas e de adaptación dos itinerarios personalizados de atención, **c)** Establecemento progresivo de revisións periódicas dos programas individuais de atención (PIA) das persoas atendidas en centros de atención diúrna, fogares residenciais, apartamentos tutelados e vivendas comunitarias.
5. Utilización de **instrumentos/ferramentas de valoración en persoas maiores de 65 anos**, que permitan avaliar e realizar un seguimento da persoa desde as dimensións físico/médica, funcional, mental e social, por parte de calquera membro do equipo.
6. Potenciación do **seguimento dos programas individuais de atención (PIA)** de forma individualizada e flexible, centrados na persoa e na familia, e que teñan en conta os aspectos relixiosos, culturais, educativos, sexuais...<sup>32</sup>

## OBXECTIVO OPERATIVO 3.5. Atender as necesidades singulares das persoas con dependencia moderada en situacións de vulnerabilidade social

A finalidade desta liña de intervención é identificar e desenvolver medidas especiais para as persoas con dependencia moderada nas que coinciden outras circunstancias persoais, familiares e sociais, que dificultan a rehabilitación precoz e a mellora do seu pronóstico, a través de equipos de atención integral, do deseño e seguimento de itinerarios personalizados, do fomento de servizos de aloxamento alternativo adaptados etc. Estase a pensar en casos de persoas en situación de exclusión social, menores en situación de desprotección ou conflito social, vítimas da violencia de xénero, e calquera outra na que conflúan unha serie de factores que a fagan vulnerable.

## PROPOSTAS DE ACTUACIÓN

1. Promoción da **busca proactiva de persoas con dependencia moderada e vulnerabilidade social** mediante o desenvolvemento de ferramentas que permitan a súa identificación, entre

<sup>31</sup> Por exemplo, a partir da coordinación dos sistemas implicados para a formulación de itinerarios individualizados, da realización de valoracións directamente no recurso, ou da mellora das aplicacións telemáticas e a coordinación entre administración local e autonómica.

<sup>32</sup> Esta proposta deberá incluír a coordinación dos servizos sociais comunitarios e de atención primaria e especializada no marco dos equipos de seguimento dos PIA para reforzar a adaptación progresiva destes.



- outras as que se sinalan a continuación: a) Incorporación de indicadores sociais asociados á situación de vulnerabilidade social (como é o caso da identificación dos fogares con máis dunha persoa en situación de dependencia), para optimizar os protocolos de detección de necesidades das persoas con dependencia. b) Identificación e seguimento telefónico a partir das altas hospitalarias de persoas con fragilidade e vulnerabilidade social. c) Creación dun programa específico nos servizos sociais comunitarios que inclúa a detección e a atención para persoas con dependencia moderada e en situación de vulnerabilidade social.
2. Establecemento de funcións de **vixilancia e control dos casos de vulnerabilidade social nas unidades móbiles** de atención sociosanitaria (ou noutros dispositivos similares).
  3. **Desenvolvemento de medidas** dirixidas especificamente a **persoas con dependencia moderada e en situación de vulnerabilidade social** como: a) Establecemento dun **servizo de urxencias sociais** que actúe como portal de entrada para os casos de maior gravidade da situación sociofamiliar. b) Potenciación/especialización dos servizos **de información, asesoramento e orientación**. c) Establecemento de **liñas de axuda e programas específicos** coordinados<sup>33</sup> desde os servizos sociais comunitarios e sanitarios, sobre todo para persoas con recursos insuficientes para atender as necesidades básicas da vida diaria. d) Potenciación de **programas territoriais de adaptación das intervencións** ás situacións de pobreza e vulnerabilidade social extrema, especialmente en mulleres, persoas maiores e infancia (o deterioro da situación social implica un cambio na estratexia de intervención).
  4. Potenciación do **acollemento** das persoas en situación de dependencia e de vulnerabilidade social **por parte das familias do contorno sociofamiliar**.
  5. Reforzamento das **prestacións recoñecidas nos programas individuais de atención (PIA)** con actuacións que atenúen as situacións de vulnerabilidade mediante a dotación de recursos de apoio.
  6. Impulso á coordinación co Ministerio Fiscal nos casos de **abandono de persoas maiores** (en situación de dependencia) por parte das súas familias, e que deixan estas persoas nunha situación de vulnerabilidade social.
  7. Establecemento de **protocolos de coordinación** da consellería con competencia en materia de servizos sociais coas demais consellerías, organismos e institucións para a xestión da situación de emerxencia social no marco do procedemento de valoración e recoñecemento da situación de dependencia e do dereito ás prestacións do sistema nos supostos de emerxencia social.
  8. **Prevenção de enfermidades de transmisión sexual e sanguínea** en colectivos especialmente vulnerables como persoas toxicómanas ou mulleres prostituídas.
  9. **Reforzo do marco de apoio para as persoas con discapacidade** sen recoñecemento da situación de dependencia a través do sistema galego de servizos sociais.
  10. **Prevenção do ingreso en prisión do colectivo de persoas con discapacidade intelectual** mediante o uso de protocolos de boas prácticas que eviten a vía penal e involucren aos distintos colectivos profesionais.

<sup>33</sup> Exemplo desta atención profesional específica sería a detección dun grupo de persoas maiores nunha situación de vulnerabilidade social nun concello de Galicia. A actuación profesional dende os servizos sociais comunitarios pasaría polo deseño dunha intervención coordinada, que probablemente requiriría dos coñecementos especializados dun/ha xeriatra ou dun/ha xerontólogo/a que marcasse unhas directrices básicas de atención para acadar con éxito o obxectivo proposto.

## ÁREA DE ACTUACIÓN 4. APOIO AO CONTORNO FAMILIAR E ESTÍMULO DA PARTICIPACIÓN CIDADÁ

**Obxectivo xeral:** velar polo benestar e a calidade de vida das persoas cuidadoras non profesionais, acompañándoas para mitigar a carga obxectiva e subxectiva que leva consigo o labor que desempeñan e as consecuencias tanto na súa propia saúde física, mental e emocional, como na estabilidade da unidade familiar, a través do establecemento das medidas de apoio necesarias e a implicación do conxunto da cidadanía.

**Colectivos destinatarios:** familias cuidadoras das persoas en situación de dependencia. Organizacións de voluntariado e entidades do terceiro sector que impulsan accións de prevención das situacións de dependencia ou de apoio ás persoas que xa se atopan nesas situacións.

### OBXECTIVO OPERATIVO 4.1. Reforzar a atención sobre a saúde das persoas cuidadoras

Para darlle cumprimento a este obxectivo é necesario impulsar medidas de educación, información e orientación para que as persoas cuidadoras non profesionais tomen conciencia da necesidade de coidar a súa propia saúde e, se é o caso, aprendan a facelo coa adquisición duns hábitos de vida saudables (por exemplo, durmir e descansar o suficiente, realizar exercicio con regularidade, evitar o illamento, manter afeccións e intereses, organizar o seu tempo).

### PROPOSTAS DE ACTUACIÓN

1. Difusión e implantación dun novo **estilo de atención xeriátrica e xerontolóxica** no que o **coidado á persoa cuidadora** sexa unha das premisas básicas promovida desde todos os ámbitos mediante información, formación, apoio, detección de necesidades, de situacións de estrés, enfermidade...
2. Desenvolvemento de **campañas publicitarias e difusión de material informativo e didáctico** que incidan na importancia do autocoidado das persoas cuidadoras para que tomen conciencia da necesidade de atender a súa propia saúde en todas as súas dimensións e áreas básicas de promoción e coidado (área sensorial, área física e área cognitiva).
3. Deseño e realización de **accións de información e de formación específicas** para as persoas cuidadoras non profesionais desde a perspectiva do seu autocoidado e dos riscos asociados á súa saúde.
4. Fomento da aplicación das **TIC como sistema de apoio ás persoas cuidadoras** con dificultades para acudir a actividades de maneira presencial, a través de iniciativas impulsadas dende a administración e entidades do terceiro sector.
5. Fomento de **foros ou puntos de encontro** (presenciais ou en liña/redes sociais) de persoas cuidadoras non profesionais, en colaboración con atención primaria e/ou outras entidades, que posibiliten o intercambio de experiencias, de consellos e de formación, así como o apoio mutuo.
6. Deseño de **programas específicos de atención periódica** dende os servizos sanitarios (en especial desde atención primaria) e sociais dirixidos a persoas cuidadoras non profesionais

que atendan os aspectos preventivos, educativos e asistenciais. Como exemplos menciónanse os seguintes: a) Protocolización de revisións periódicas con especial atención ás necesidades específicas de esgotamento físico e psíquico da persoa coidadora e as consecuencias no núcleo familiar. b) Programas específicos dirixidos á prevención das patoloxías das costas. c) Programas de intervención psicolóxica de apoio ás persoas coidadoras informais e ao seu contorno baseados no modelo de resolución de problemas para a prevención da depresión e similares.

### OBXECTIVO OPERATIVO 4.2. Facilitar a estabilidade emocional e a cohesión das familias coidadoras

Para darlle consecución a este obxectivo operativo establécese a realización de actuacións de formación, de asesoramento e de apoio emocional ás familias e persoas coidadoras non profesionais que o precisen para mellorar o labor de coidado, axudarlles a entender e manexar situacións difíciles, así como as emocións e sentimentos negativos que xorden (enfado, desbordamento, tristeza, frustración), para que se manteñan en niveis moderados e non prexudiquen o seu benestar (por exemplo, talleres para aprender a comunicarse, creación de grupos/redes de autoaxuda ou apoio mutuo).

### PROPOSTAS DE ACTUACIÓN

1. Fomento de **encontros entre persoas coidadoras non profesionais**, de forma presencial ou en liña, coa participación de persoal cualificado de diferentes ámbitos e colectivos profesionais para a súa coordinación e formación, entre outros.<sup>34</sup>
2. Apoio á creación de **redes locais** de persoas coidadoras e fortalecemento das **redes de apoio social**.
3. Elaboración de novas **guías de axuda** e apoio ao labor da persoa coidadora non formal e difusión das xa existentes, co obxectivo de achegar pautas básicas para un bo coidado da persoa con dependencia e evitar a sobrecarga da persoa coidadora.
4. **Desenvolvemento de accións formativas** dirixidas a completar a capacitación técnica e formal das persoas coidadoras non profesionais a partir das seguintes premisas: a) que se configure como un sistema de formación continua; b) que se deseñen novos contidos formativos; c) que se deseñen e apliquen sistemas de avaliación e seguimento da formación; d) que se configuren con elementos de reforzo positivo para acadar un alto grao de participación.
5. Formación e concienciación ás familias coidadoras sobre o **problema dos malos tratos** que se producen ás veces no coidado das persoas en situación de dependencia.
6. Ampliación da **formación ao colectivo de persoas coidadoras non recoñecidas** polo sistema de atención á dependencia, mediante o uso dos servizos sociais comunitarios e os centros sanitarios de atención primaria para a identificación das persoas que integran este colectivo.

<sup>34</sup> O obxectivo é que as persoas coidadoras non profesionais establezan contacto, intercambien experiencias e medios técnicos (optimización de recursos), reciban formación e información, se ofrezca apoio mutuo... Os encontros poderían organizarse por proximidade física, por similitudes na situación (persoas coidadoras de persoas con gran dependencia, de persoas con determinadas patoloxías...) etc.

7. Creación de **sistemas de apoio continuo** ás persoas cuidadoras non profesionais e ás familias a través do seguimento e apoio por parte das persoas formadoras, dos equipos de atención á dependencia, dos e das profesionais dos centros sanitarios, sociais, sociosanitarios...<sup>35</sup> para prestar apoio emocional, atención psicolóxica, orientación, formación, asesoramento na toma de decisións (por exemplo, ingresos en residencias).
8. Apertura dos recursos á cidadanía, entre eles os residenciais, co obxectivo de posibilitar o seu coñecemento.
9. Fomento de **servizos de atención psicolóxica e de mediación familiar**, grupos de apoio mutuo, foros de apoio **emocional a través da rede etc.**, de cara a ofrecer un soporte nas estratexias de afrontamento, marcar novos roles familiares, mediar entre as distintas xeracións, implicar a todos os membros da familia no labor de coidado e no apoio da persoa cuidadora, orientar na organización e planificación do tempo, dar soporte e contención ante a situación de sobrecarga...
10. Impulso á **aplicación das novas tecnoloxías no eido dos coidados non profesionais** a partir dun aproveitamento óptimo dos recursos existentes. Como exemplos sinálanse as seguintes medidas, entre outras: establecemento dun portal web con atención en liña (a través do correo de información de dependencia, por exemplo); un **teléfono de contacto** específico dirixido ás persoas cuidadoras a través do que teñan acceso á información; un sistema de **videoconferencia** para poñerse en **contacto con profesionais** e consultar sobre os problemas cotiás no labor de coidado, incluído o afrontamento dos estados emocionais e de stres negativos en relación coa carga asistencial soportada; un sistema de **videolarma 24 horas**, situado no domicilio e en comunicación constante cun centro de control, para reducir o nivel de intranquilidade da persoa cuidadora.
11. Elaboración dunha **guía de actuacións** para **crear unha rede de coaching** integrada por persoas cualificadas para a difusión e transferencia das boas prácticas, a partir dun **estudo das dificultades e das malas e boas prácticas desenvolvidas nas familias** para afrontar diversas situacións relacionadas coa dependencia.
12. Potenciación do **acceso ás convocatorias de formación e colocación** dirixidas ás **persoas cuidadoras non profesionais**.
13. **Formación das persoas cuidadoras e prácticas de bo coidado** de persoas en situación de dependencia a través de **programas específicos** como o programa de atención ao paciente inmobilizado e a Escola Galega para Cidadáns.

### OBXECTIVO OPERATIVO 4.3. Establecer un marco de apoio para a mellora do benestar das familias e o bo coidado

Este obxectivo conseguirase a través do desenvolvemento de programas e de servizos especializados para que as familias e persoas cuidadoras non profesionais teñan acceso aos recursos (sociais, sanitarios etc.) que lles axuden a diminuír a sobrecarga e o esgotamento e que, polo tanto, sirvan para previr o risco de claudicación familiar (por exemplo, programas de respiro familiar, asistencia domiciliaria...), e a partir da identificación de persoas cuidadoras en situación de risco e da análise das súas necesidades.

<sup>35</sup> Non necesariamente deben ser persoas usuarias dos ditos centros, como o caso do proxecto piloto desenvolvido nos centros do Consorcio de Igualdade e Benestar, a través do que se lles presta apoio a persoas non usuarias.

## PROPOSTAS DE ACTUACIÓN

1. **Definición do perfil da persoa coidadora** principal mediante a aplicación dunha enquisa de identificación.
2. Coordinación entre o sistema sanitario, de servizos sociais e o terceiro sector para detectar riscos derivados da atención á dependencia, para achegar información / recursos / prestacións que preveñan **situacións de vulnerabilidade das persoas coidadoras** (resulta de vital importancia o aproveitamento da información dispoñible nos programas IANUS, SIGAD/SIUSS).
3. **Establecemento de novos apoios ante necesidades non cubertas** das familias e persoas coidadoras non profesionais e mellora doutros recursos existentes, que inclúa o deseño de sistemas de axuda baseados nas TIC facilmente adaptables a cada persoa, coa realización previa dun **estudo** para a detección de necesidades no que se impliquen todos os colectivos profesionais e sectores de intervención.
4. Fomento da **complementariedade dos recursos existentes** de cara a evitar a sobrecarga das persoas coidadoras non profesionais.
5. Reforzo e optimización dos **programas de respiro familiar**, como instrumento de prevención do esgotamento físico e psíquico da persoa coidadora, de forma que se considere a necesidade de adaptación do servizo á realidade da persoa en situación de dependencia e á súa familia, en especial da persoa coidadora principal a colaboración e cooperación coas entidades do terceiro sector para contar cos seus recursos cara a unha mellora do programa e a posibilidade de novas fórmulas ou contidos no medio prazo.<sup>36</sup>
6. Deseño de **estratexias de reorganización familiar** mediante o uso dos servizos e recursos xa existentes: programa de planificación da reorganización familiar, deseño de intervención ante o cambio de roles familiares por mor da presenza dunha discapacidade nalgún dos seus membros, programa de dignificación e rotación familiar no coidado...
7. Establecemento de **protocolos de actuación** ante casos de enfermidade, hospitalización, sobrecarga familiar ou outras situacións de emerxencia da persoa coidadora que contemplan a coordinación dos equipos dos departamentos e administracións implicadas dun xeito multidisciplinar.
8. Consideración dun **marco de apoio específico para o medio rural** baseado en unidades terapéuticas e que teña en conta as características que definen o perfil nese ámbito (idade media, dispersión, renda...).
9. Fomento do **acceso prioritario das persoas coidadoras** a determinados servizos como atención preferente nos centros de saúde, nas actividades dos centros sociocomunitarios, entre outros.
10. Desenvolvemento dun **programa de telesoporte** para persoas coidadoras e familiares, que inclúa, por exemplo, asesoramento de profesionais, asistencia (incluído o apoio psicolóxico en situacións de estrés) e aviso en casos de emerxencia.<sup>37</sup>

<sup>36</sup> Por exemplo, programas de lecer de duración variada para o respiro das familias ou descansos puntuais de horas para xestións/actividades persoais da persoa coidadora... A idea é que se poda contar con respiros inferiores aos períodos mínimos quincenais ou de fins de semana, crear redes amplas de respiros.

<sup>37</sup> En relación con esta actuación súxírese a posibilidade de aproveitar, mediante a súa mellora, o acceso telefónico aos servizos sanitarios de forma que estea dispoñible para que as persoas coidadoras consulten dúbidas e reciban atención e consello sobre os problemas expostos.

11. Elaboración de **programas específicos nos servizos sociais comunitarios** para as familias cuidadoras, de forma que se aproveiten os recursos existentes como espazos de encontro, se apoie aos grupos de axuda mutua e de autoaxuda ...
12. Creación de **grupos de apoio** formados por equipos multidisciplinares que lles presten axuda a domicilio ás persoas cuidadoras non profesionais.
13. Desenvolvemento de **políticas de conciliación** a través de iniciativas que permitan harmonizar a atención ás persoas en situación de dependencia coa vida laboral e o tempo de ocio: a) Posta en marcha de medidas de teletraballo na administración. b) Realización das adaptacións normativas necesarias (no ámbito lexislativo ou de convenio colectivo) que permitan acollerse a reducións de xornadas de traballo, ampliación de período de vacacións non remuneradas ou outras medidas de flexibilización laboral para cuidadoras e cuidadores de persoas con dependencia.
14. Definición, valoración e difusión de **boas prácticas** no apoio ás familias: creación dun banco de boas prácticas accesible a través da rede para a poboación en xeral e para as organizacións, creación de foros de intercambio de boas prácticas, premio e recoñecemento das boas prácticas excelentes, campañas ou actividades de información dende os servizos sociais para divulgar as premisas básicas do bo coidado.
15. Asesoramento, adestramento e apoio ás persoas cuidadoras sobre **estratexias para diminuir a carga nas actividades cotiás** da persoa en situación de dependencia, por exemplo, en materia de adaptación do fogar, no manexo de órteses e próteses, no uso de produtos e tecnoloxías de apoio e no desempeño das actividades da vida cotiá.
16. Creación dun **grupo de traballo para estudar a posibilidade de implantación de incentivos fiscais** nos casos de contratación de servizos profesionais especializados para o coidado de persoas en situación de dependencia.

#### **OBXECTIVO OPERATIVO 4.4. Promover a implicación social a través do terceiro sector, do voluntariado e do movemento asociativo para ampliar as potencialidades do novo modelo de prevención da dependencia**

A consecución deste obxectivo operativo implica o deseño e posta en marcha de programas e actuacións en colaboración coas entidades de iniciativa social que desenvolvan programas de prevención e detección precoz da dependencia e de promoción da autonomía persoal, incluídas as actuacións para apoiar o respiro das familias cuidadoras, e primar aspectos como o establecemento de vías de coordinación, a identificación de iniciativas innovadoras e a cualificación/formación do voluntariado. Así mesmo, contémpanse medidas dirixidas a fomentar e fortalecer o asociacionismo como alternativa para aumentar a esperanza de vida saudable das persoas en situación de risco de dependencia (principalmente persoas maiores), desde a perspectiva dunha maior autonomía e autosuficiencia das entidades.

#### **PROPOSTAS DE ACTUACIÓN**

1. Impulso dun **plan estratéxico do terceiro sector** por parte das institucións implicadas, que teña en conta os proxectos en vigor e que poden estar coordinados de maneira directa co dito plan.

2. **Fomento orientado do movemento asociativo** (en función da orixe) no medio rural para a atención e apoio das persoas en situación de dependencia, sobre todo nas idades máis novas.
3. Estímulo á **cooperación entre as entidades do terceiro sector** a través do traballo en rede para aproveitar e compartir recursos, acabar coa competitividade entre organizacións e apoiar a creación de federacións que facilitarían o acceso a outras fontes de recursos ou de financiamento.
4. Fomento da **cooperación entre a Administración** e as **entidades do terceiro sector** que traballen en prol da prevención da dependencia e promoción da autonomía persoal, mediante a creación de espazos de intercambio e de accións de coordinación para: a) Un mellor aproveitamento dos recursos dispoñibles nas asociacións. b) Garantir a coordinación, a atención adecuada e respecto dos itinerarios, e posibilitar unha atención en rede das necesidades das familias cuidadoras.<sup>38</sup> c) Contribuír ao mantemento das asociacións e favorecer a realización de actuacións transversais en materia de asesoramento, formación e apoio técnico ás entidades.
5. Creación de programas de capacitación nos novos modelos de prevención das situacións de dependencia no eido do movemento asociativo para convertelo nunha **vía de entrada e de derivación** das persoas ás canles establecidas, coordinándose con outros axentes públicos (servizos sociais, centros médicos, colexios...).
6. Incorporación de **obxectivos de prevención** de determinados factores de risco entre as asociacións do ámbito da inclusión social e en función dos colectivos cos que traballen.
7. Recompilación da **información sobre as entidades do terceiro sector** existentes en Galicia cara á súa difusión entre profesionais do ámbito social e sanitario (tamén entre persoas cuidadoras, persoas con dependencia, público en xeral...) para promover o acceso a estes recursos, ao mesmo tempo que se visualiza o labor social destas entidades e o valor que lle achegan ao conxunto da sociedade.
8. Oferta de **accións formativas e asesoramento** a través de equipos profesionais multidisciplinares para estimular a creación de asociacións e ofrecer soporte, tanto na posta en marcha como nas fases posteriores, mediante o apoio á xestión das entidades do terceiro sector e do seu voluntariado.
9. Realización a través das entidades do terceiro sector de **campañas de sensibilización e formación** sobre a prevención e a detección precoz de situacións de dependencia.
10. Potenciación dos **grupos de apoio e de orientación familiar** dende as asociacións de persoas con patoloxías específicas.
11. Busca e promoción de mecanismos que contribúan á **estabilidade orzamentaria das organizacións** do tecido asociativo para ser máis autónomas e autosuficientes e menos dependentes do sector público.<sup>39</sup>

<sup>38</sup> Ao mesmo tempo favorécese o voluntariado desde as propias entidades (non directamente desde a Administración). Ademais, apróveitase o seu valor e a experiencia ante determinadas situacións (adicións, maltrato...) e doenzas (Alzheimer, cancro ...).

<sup>39</sup> Os mecanismos non deberán ser necesariamente monetarios. Pode ser a través da promoción do uso rotatorio ou quendas para a utilización de instalacións, de incentivos ás empresas para que colaboren co tecido asociativo no marco da responsabilidade social corporativa...

## II. ESTRATEXIA PARA A PREVENCIÓN E DETECCIÓN PRECOZ DA DEPENDENCIA EN GALICIA, HORIZONTE 2020. PROPOSTAS DE ACTUACIÓN

### ÁREA DE ACTUACIÓN 4. APOIO AO CONTORNO FAMILIAR E ESTÍMULO DA PARTICIPACIÓN CIDADÁ

12. Busca e deseño de **mecanismos para un aproveitamento** óptimo das **oficinas de voluntariado** existentes en diferentes concellos de Galicia, por exemplo, cunha mellora da coordinación administración autonómica local-entidades de iniciativa social e un especial coidado/trato da persoa voluntaria.
13. Aproveitamento do **voluntariado non institucionalizado ou oficial**<sup>40</sup> para a realización de accións formativas e informativas, así como prestación de asesoramento (económico, sobre incapacitación, herdanzas...), traballos voluntarios etc.
14. Desenvolvemento de **campañas de fomento do voluntariado social** e das redes sociais de apoio, especialmente entre as familias coidadoras e entre as persoas maiores, ao tempo que se sensibiliza e conciencia en materia de prevención e promoción da saúde, se fomenta o diálogo interxeneracional e o envellecemento activo.
15. Potenciación dos **programas de voluntariado de acompañamento**, domiciliario e hospitalario, para persoas en situación de risco ou de dependencia moderada e **apoyo á persoa coidadora** (por exemplo, a través de redes concéntricas de persoas voluntarias que abastezan o domicilio, acompañen á persoa en situación de dependencia ao cine, ás consultas médicas ou a pasear).<sup>41</sup>
16. Realización de programas de **fomento de solidariedade veciñal** (campaña Somos veciños/as, creación da figura da boa veciñanza...) como vía de recuperación do espírito de axuda mutua existente no rural.
17. Fomento da **solidariedade interxeracional** a partir do voluntariado mediante o intercambio de coñecementos e experiencias, ao tempo que se fomenta o envellecemento activo (por exemplo, que os/as netos/as ensinen aos avós e avoas a manexar un ordenador e a navegar por internet).<sup>42</sup>
18. **Aproveitamento do tecido do voluntariado** como mecanismo de apoio e de prevención a través da **implantación de grupos de autoaxuda** dirixidos a afrontar o cambio nas situacións que xeran unha situación de dependencia, entre outras posibles vías.

---

<sup>40</sup> Por exemplo, profesorado universitario, persoal médico e de enfermería, xuíces/as, policías, bombeiros, avogados/as, colexios profesionais, estudantes... que voluntariamente acceden a participar/colaborar de forma puntual coa achega dos seus coñecementos.

<sup>41</sup> Nos ditos programas poderían participar tanto persoas maiores (e contribuíriase ao fomento do envellecemento activo e redución da súa posible soidade), como persoas mozas (e contribuíriase ao fomento da solidariedade interxeracional) ou calquera outra persoa.

<sup>42</sup> Dentro do programa Voluntarios del Conocimiento, unha iniciativa financiada polo Programa Grundtvig da Unión Europea (UE) e coordinada pola Fundación Fundetec, enmarcado no Ano Europeo do Envellecemento Activo e a Solidariedade Interxeneracional (2012), un grupo de entre 40 e 50 mozos e mozas voluntarias formarían en novas tecnoloxías a entre 80 e 100 persoas maiores; cada persoa voluntaria encárgase de dous/dúas alumnos/as. Posteriormente, nunha segunda fase (en 2013), as persoas maiores formadas converteríanse en voluntarias para transmitir eses coñecementos a outras persoas maiores.



## ÁREA DE ACTUACIÓN 5.

### INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN PARA AMPLIAR A VIDA SAUDABLE E AUTÓNOMA DAS PERSOAS

**Obxectivo xeral:** intensificar a investigación, a busca de solucións de vangarda e a implantación de innovacións importantes en relación coa promoción da autonomía persoal e a prevención e detección precoz das situacións de dependencia, así como co atraso do agravamento de enfermidades ou discapacidades e das súas secuelas, e xerar ao mesmo tempo oportunidades de desenvolvemento para o tecido investigador e produtivo de Galicia.

**Colectivos destinatarios:** persoas e entidades de investigación e tecnolóxicas, empresas dos sectores de apoio. Institucións, profesionais e autoridades dos ámbitos da sanidade e dos servizos sociais. Grupos de persoas maiores, persoas con discapacidade e persoas en situación de dependencia leve ou moderada.

#### OBXECTIVO OPERATIVO 5.1. Mellorar o estado de coñecemento sobre a realidade social e a potencialidade da innovación

O contido deste obxectivo operativo está enfocado no marco da estratexia a realizar estudos para dispoñer dun profundo coñecemento das necesidades da poboación galega en risco de dependencia ou en situacións de perda de funcionalidade, así como das tendencias e das posibilidades e capacidades existentes para crear e/ou assimilar novas solucións que permitan avanzar na detección e abordaxe desta problemática, actuar nas consecuencias e efectos negativos que a dependencia ten sobre a persoa e desenvolver programas de rehabilitación precoz. Considérase neste apartado tamén o posible establecemento de observatorios ou instrumentos similares que permitan un seguimento continuo da información e da investigación, así como o deseño de metodoloxías e de ferramentas.

#### PROPOSTAS DE ACTUACIÓN

##### *ESTUDOS DA SITUACIÓN XERAL DA POBOACIÓN OBXECTIVO, DA SÚA EVOLUCIÓN, TENDENCIAS E RECURSOS DISPOÑIBLES*

1. Creación **dun espazo informativo**, observatorio ou similar, para a recompilación e difusión de información dirixida á identificación de tendencias comportamentais na poboación e nos hábitos e ao coñecemento da situación de servizos e recursos de atención, coa finalidade de **fundamentar o deseño de accións de resposta** adaptadas aos colectivos destinatarios segundo grupos de idade, sexo, tipo de discapacidade, territorios, niveis formativos etc. Os posibles estudos que se derivarían desta medida e alimentarían o dito espazo son moi diversos, cun obxectivo común pero con diferenzas importantes segundo os colectivos ou temáticas específicas. Como exemplos sinálanse os seguintes:
  - a. **Estudo da poboación maior en Galicia** que permita coñecer as súas **características sociosanitarias**, como fórmula prioritaria para a posta en marcha de políticas sociais, tendo en conta as particularidades da poboación galega, así como a dispersión xeográfica e o envellecemento do medio rural.<sup>43</sup>

<sup>43</sup> No caso das persoas maiores autónomas, logo de coñecer o seu perfil, poderase intervir tanto na prevención como no retardo de síntomas que limiten a realización das actividades básicas e instrumentais da vida diaria.

**II. ESTRATEXIA PARA A PREVENCIÓN E DETECCIÓN PRECOZ DA DEPENDENCIA EN GALICIA, HORIZONTE 2020. PROPOSTAS DE ACTUACIÓN**  
ÁREA DE ACTUACIÓN 5. INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN PARA AMPLIAR A VIDA SAUDABLE E AUTÓNOMA DAS PERSOAS

- b. Favorecemento desde o **sector sociosanitario** da **investigación das necesidades das persoas usuarias** e mellora do coñecemento sobre os factores de risco e o seu desenvolvemento, así como na aplicación, vixilancia e avaliación de medidas efectivas.
  - c. Elaboración dun estudo de **necesidades, valoracións e demandas das persoas en risco de padecer situación de dependencia**, da súa **evolución e distribución territorial**, coa participación dos colectivos implicados na atención á dependencia.
  - d. Realización de **estudos e investigacións relacionadas con tendencias demográficas e socioeconómicas** e as súas implicacións en termos de necesidade de novos recursos para a prevención de situacións de dependencia.<sup>44</sup>
2. Elaboración e difusión dun **estudo** diagnóstico da **situación e necesidades das persoas cuidadoras** (profesionais e non profesionais) que permita orientar aspectos de mellora e definir un marco de apoio adecuado.<sup>45</sup> En relación con isto, tamén se contempla a posibilidade dun estudo das dificultades e boas prácticas desenvolvidas nas familias para afrontar diversas situacións relacionadas coa dependencia.
  3. Estudo dos **graos de dependencia e das causas e/ou factores de risco** que ocasionan estas situacións, como base para a realización dun mapa epidemiolóxico das enfermidades promotoras da dependencia e das condicións sociais segundo as zonas de Galicia e das súas consecuencias en cuestións económicas, de xénero etc.
  4. Estudo dos **factores que favorecen un envellecemento activo e saudable** e os mecanismos para potencialos.
  5. Elaboración dun **mapa de recursos sociosanitarios** de carácter público en Galicia que inclúa tanto os de xestión autonómica como municipal para o deseño e a oferta de novos recursos e/ou redistribución dos existentes.
  6. **Investigación do custo social e individual da dependencia** e a súa evolución a medio/ longo prazo de maneira transdisciplinar, global e coordinada para avaliar correctamente os investimentos en prevención.

**ESTUDOS SOBRE ÁMBITOS OU COLECTIVOS CONCRETOS NA PREVENCIÓN DA DEPENDENCIA**

7. **Investigación da realidade da innovación noutros países con maior e mellor traxectoria e identificación de boas prácticas** no ámbito español e europeo para estudar as posibilidades de transferencia ao contexto de Galicia.
8. Realización de **estudos sobre a accidentabilidade nos fogares** para identificar <sup>46</sup> e visualizar as súas causas con datos estatísticos como base para a posterior adopción de medidas preventivas.
9. Mellora do seguimento e coñecemento sobre a **accidentabilidade dos peóns e das persoas maiores**.

<sup>44</sup> Deberase ter en conta no seu deseño e realización o impacto psicolóxico, económico, educativo e social do cambio demográfico.

<sup>45</sup> Podería incluír o desenvolvemento de estudos sobre os riscos psicosociais das persoas cuidadoras seguindo o exemplo do estudo piloto do Instituto Galego de Seguridade e Saúde Laboral (ISSGA) sobre persoas cuidadoras profesionais de residencias de coidados da Administración (coidados asistidos e non asistidos, en catro centros dependentes da Consellería de Traballo e Benestar). No momento en que se realizan os grupos para a elaboración desta estratexia, estase a determinar unha metodoloxía de traballo simplificada para a súa aplicación posterior.

<sup>46</sup> A identificación dos accidentes no fogar está moi vinculada á coordinación da información e resulta fundamental a participación da Consellería de Sanidade na coordinación xeral, xa que este tipo de casos poden entrar no sistema tanto a través de Atención Primaria como de servizos sociais.

10. **Estudo dos patróns de actividade eléctrica cerebral asociados a procesos de atención no envellecemento** sen patoloxías asociadas, que achegue coñecemento sobre os aspectos máis sensibles que deberían potenciarse para enlentecer o efecto do avance da idade sobre a capacidade de atención na vida cotiá.
11. Investigación sobre a **prevalencia do Alzheimer e doutras demencias en Galicia**.
12. **Estudo lonxitudinal na poboación de 50 e máis anos sobre marcadores diagnósticos e prognósticos de deterioro cognitivo lixeiro e a súa progresión a demencias**, coa implicación dos recursos humanos e técnicos dos diferentes ámbitos profesionais e da Administración autonómica.
13. Realización de estudos baseados en: a) **modos de educación, formación e aprendizaxe das persoas susceptibles de padecer unha situación de dependencia**; b) modos de orientación das intervencións para a creación de **proxectos educativos** baseados en **criterios de innovación**.
14. Detección dos **niveis de conciencia das xeracións de menor idade** a través da investigación, estudo e análise da poboación escolarizada e desenvolvemento nos **centros educativos de actividades de sensibilización e de formación** do profesorado e do alumnado.

#### **FERRAMENTAS OU METODOLOXÍAS DE IDENTIFICACIÓN PRECOZ DE COLECTIVOS EN RISCO**

15. **Emprego dos datos do Instituto Nacional de Estatística e da Consellería de Sanidade na detección de persoas en risco de dependencia** en función de enfermidades padecidas, ingresos hospitalarios, enfermidades susceptibles de discapacidade e/ou dependencia, renda económica per cápita.
16. Deseño dun **modelo innovador de cronicidade<sup>47</sup> que involucre tanto ao sistema sanitario como ao sistema de servizos sociais** na detección precoz e posta en marcha de mecanismos de prevención da dependencia. Como exemplos sinálase o modelo *Kaiser Permanente*<sup>48</sup> ou o *Chronic Care Model*, baseados na intervención precoz en estratos da sociedade en situación de risco.<sup>48</sup>
17. Realización de campañas de sensibilización para a **autodetección de necesidades**.
18. **Deseño de instrumentos de valoración específicos** que permitan detectar as necesidades físicas, psíquicas e sociais das persoas cuidadoras no contorno familiar.

### **OBXECTIVO OPERATIVO 5.2. Impulsar a innovación para a prevención, detección e diagnóstico precoz de situacións de dependencia**

Neste caso as actuacións estarán dirixidas ao fomento de investigacións que teñan como finalidade obter solucións que poidan ser incorporadas ao catálogo de recursos e servizos de prevención; á identificación e mobilización de recursos públicos e privados para a investigación e a innovación neste ámbito; ao estímulo da participación do sistema galego de servizos sociais en proxectos de I+D+i de referencia; e ao impulso de políticas e programas de prevención das situacións de dependencia baseadas na evidencia científica e na prospectiva estratéxica.

<sup>47</sup> A Consellería de Sanidade en colaboración con outros departamentos, entre eles a Área de Benestar da Consellería de Traballo e Benestar, están a traballar na Estratexia Galega de atención integral á cronicidade.

<sup>48</sup> De forma complementaria terase en conta a implicación e atención do sistema de saúde no diagnóstico de persoas con antecedentes familiares de enfermidades neurodexenerativas e outras.

## PROPOSTAS DE ACTUACIÓN

### SOBRE O MODELO DE INNOVACIÓN

1. Aumento da **visibilidade e incremento da prioridade do investimento**, ao abeiro das políticas de investigación, desenvolvemento e innovación impulsadas pola Administración galega, para estimular unha investigación estable en prevención e detección precoz da dependencia, así como na promoción da autonomía persoal que reverta nun maior esforzo en innovación de cara a desenvolver un modelo de intervención máis intensivo en coñecemento sobre a prevención e o atraso das situacións de dependencia.
2. Establecemento dunha convocatoria de **premios de ideas innovadoras e de investigacións e proxectos tecnolóxicos que acheguen solucións innovadoras** para aumentar a autonomía e calidade de vida das persoas maiores, persoas con discapacidade e persoas en situacións de dependencia moderada, así como das persoas cuidadoras.
3. Estímulo á inclusión da innovación e da investigación en prevención, detección e diagnóstico precoz da dependencia como **criterio curricular no sistema de formación profesional e universitario** e ofrecer incentivos para o seu estudo.
4. Fomento dunha **investigación de calidade** en temáticas relacionadas coa prevención e detección precoz da dependencia, mediante o apoio á estruturación e consolidación de grupos de investigación de referencia na produción científica e a actividade de I+D na materia, así como a cargo de investigadoras e investigadores emerxentes.
5. **Consideración das persoas en risco ou en situación de dependencia nos proxectos de innovación** en materia de servizos asistenciais promovidos pola Administración galega para transformar o modelo de asistencia sanitaria (Innova-Saúde); posta en marcha de **xornadas de maduración de ideas** nas que participen os diferentes colectivos de persoas usuarias dos servizos/recursos co fin de ofrecer a súa visión sobre a atención recibida e as necesidades.
6. Impulso á actuación da **Administración como dinamizadora ou coordinadora de iniciativas** de investigación e innovación e catalizadora das novidades procedentes de moi diversas fontes e divulgación aos colectivos destinatarios.
7. Estímulo da **investigación aplicada**, do desenvolvemento e a **innovación nas empresas**, así como de iniciativas de **transferencia e valorización dos resultados** que contribúan ao desenvolvemento de proxectos sociais e empresariais no ámbito da promoción da saúde e a prevención de situacións de dependencia, e favorecer, deste xeito, o crecemento competitivo dun tecido económico e social asociado á configuración do novo modelo de prevención e atención precoz da dependencia.
8. Apoio á **iniciativa innovadora do terceiro sector** dirixida a crear e/ou validar novos métodos de intervención que melloren a prevención da dependencia e o deterioro das persoas atendidas.
9. Aposta por un **modelo universitario máis aberto** á sociedade e máis cooperativo na creación de oportunidades no seu ámbito de influencia de cara a conseguir unha resposta eficaz e pragmática aos retos actuais e de futuro.
10. Establecemento dun **programa de diagnóstico xenético-molecular precoz** de enfermidades que cursan con situacións de dependencia.

### **SOBRE TEMÁTICAS CONCRETAS DE INVESTIGACIÓN**

11. Desenvolvemento de proxectos que impliquen **crear coñecemento sobre o reto socioeconómico que supón a prevención e o tratamento das situacións de dependencia** para facerlles fronte de modo eficaz a través do deseño de políticas e modelos de intervención adecuados, técnicas de *benchmarking*.
12. Realización de investigacións que posibiliten a **creación de métodos de diagnóstico eficaces e asumibles** desde un punto de vista económico e asistencial.
13. **Reforzamento da investigación nas TIC aplicadas á saúde**, que teñan por obxecto mellorar a autonomía e a calidade de vida das persoas maiores e/ou en situacións de dependencia, así como as relativas á prevención e ao diagnóstico precoz.
14. Mantemento das liñas de investigación sobre as **causas xenéticas de enfermidades e síndromes** que conducen a situacións de dependencia para o seu **diagnóstico precoz e promoción do consello xenético**.
15. Desenvolvemento de innovacións no campo do **deterioro cognitivo leve**, con atención ás tecnoloxías relativas á avaliación das capacidades cognitivas e á estimulación cognitiva.
16. Impulso das actividades de investigación e innovación dirixidas a **persoas con discapacidade auditiva, visual e outras dificultades de comunicación**.
17. Fomento de **programas de investigación básica e aplicada no ámbito de envellecemento activo e saudable**: saúde física e rehabilitación, personalidade e saúde mental, nutrición e sono, medio ambiente e estilo de vida saudables, tempo libre e ocio.
18. Outorgamento de prioridade ás investigacións que conduzan a **innovacións tecnolóxicas que favorezan a permanencia das persoas** en situación de dependencia **no seu medio habitual** o maior tempo posible.
19. Realización de investigacións no ámbito do **diagnóstico funcional** orientada á **identificación de axudas técnicas e de instrumentos de apoio** que aumenten autonomía persoal en función das características e situación de cada persoa.
20. Impulso á **investigación médica** para a mellora da atención prestada ás persoas **con traumatismos** derivados de accidentes de tráfico ou similares.

### **OBXECTIVO OPERATIVO 5.3. Promover unha vida autónoma e activa, principalmente mediante solucións TIC e novos recursos para actividades preventivas e hábitos saudables**

O fío condutor deste obxectivo operativo é o impulso ao desenvolvemento e a incorporación de produtos, servizos e sistemas innovadores baseados nas tecnoloxías da información e das comunicacións para axudar a que as persoas manteñan a súa autonomía, actividade e mobilidade durante máis tempo a través de estudos sobre o seu uso, do reforzamento da accesibilidade e a utilización das novas tecnoloxías, así como a difusión de ferramentas TIC.

### **PROPOSTAS DE ACTUACIÓN**

#### **ESTUDOS SOBRE O USO E APLICACIÓN DAS TIC**

1. Realización de estudos para coñecer o **uso actual das TIC**, tanto no sector público como privado, en relación coa promoción da autonomía persoal.

**II. ESTRATEXIA PARA A PREVENCIÓN E DETECCIÓN PRECOZ DA DEPENDENCIA EN GALICIA, HORIZONTE 2020. PROPOSTAS DE ACTUACIÓN**  
ÁREA DE ACTUACIÓN 5. INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN PARA AMPLIAR A VIDA SAUDABLE E AUTÓNOMA DAS PERSOAS

2. Exploración das posibilidades que o **acceso ás TIC** abre ás **persoas maiores** no ámbito da comunicación e participación social e no ámbito da estimulación cognitiva, dun xeito económico e con bos resultados.
3. Fomento e promoción de estudos sobre **programas de actividade física saudable e tecnoloxía aplicada** a este ámbito.
4. Establecemento de **diarios de incidencias en hospitais de día** e noutros centros, de xeito que o persoal actúe como fonte de ideas no desenvolvemento de novas tecnoloxías.

**POTENCIACIÓN DA ACCESIBILIDADE ÁS TIC**

5. Fomento de **plataformas informáticas** públicas accesibles e adaptadas ás capacidades de cada persoa usuaria, que sexan fáciles de configurar por persoas cuns mínimos coñecementos de informática a nivel de usuario (por exemplo, as aulas de informática públicas en centros educativos, centros cívicos, bibliotecas etc.)<sup>49</sup>
6. Aproveitamento ou recuperación de **boas prácticas** desenvolvidas nos **concellos** a través da **relación interxeneracional** (talleres de formación netos/as- avós/as), mediante o emprego da infraestrutura da rede CeMIT.
7. **Fomento de medidas** relacionados coas TIC dirixidos á poboación en situación de dependencia, que faciliten o acceso a estes sistemas e a estes produtos de apoio.

**FOMENTO DO DESENVOLVEMENTO E EMPREGO DE FERRAMENTAS TIC**

1. Impulso ao desenvolvemento de sistemas baseados en tecnoloxías de gran penetración social, universais, abertas e compatibles coas xa existentes, que adopten as directrices de deseño para todas as persoas e potencien as sinerxías entre as diferentes ofertas do mercado.
2. Aplicación de **ferramentas rápidas e accesibles baseadas no uso das TIC** para desenvolver programas de axuda, apoio, formación, asesoramento, orientación, participación, comunicación e desenvolvemento.
3. Fomento de **iniciativas e proxectos innovadores** orientados ao desenvolvemento de novos servizos e produtos para **pacientes de enfermidades crónicas**, tales como o proxecto Hospital en casa e o proxecto Fogar dixital ou outros sistemas de teleasistencia avanzada e domotización da vivenda.
4. Desenvolvemento de **novas ferramentas** que contribúan a un **diagnóstico precoz e diferencial das persoas en situacións de risco** de dependencia como resultado do envellecemento e/ou alteracións **do control motor producido por algunhas patoloxías**. Como exemplo concreto sinálase o deseño e aplicación dun método de avaliación e de tratamento das alteracións dos movementos do membro superior (e a marcha en desenvolvemento), baseándose na utilización de realidade virtual aplicable a persoas maiores e parkinsonianas, que permita mediante conexión vía internet manter unha interacción directa dende o domicilio co persoal asistencial.
5. Introducción das **novas tecnoloxías con fins de soporte terapéutico** como a creación dun programa global baseado no uso das tecnoloxías da información e as comunicacións con

<sup>49</sup> O proxecto TICTAC constitúe unha primeira aproximación (configuración xeral por grupos de colectivos).

contidos específicos adaptados ás características da poboación fráxil para a **reeduación funcional das capacidades das persoas**, centrándose en actividades específicas e significativas que estimulen a súa participación.

6. Creación dun **sistema capaz de detectar calquera acontecemento de risco no fogar** das persoas maiores e/ou con discapacidade, tales como caídas ou inmovilización perante longos período de tempo no fogar, con envío de alertas a unha central a través de redes de comunicación do fogar (WiFi, Zegbee, Bluetooth, RFID).
7. Desenvolvemento dun **proxecto de promoción da actividade física a través do uso de móbiles de terceira xeración e pulseiras** para camiñar que monitorizan o exercicio a distancia e a mellora da condición da persoa.
8. Emprego de **sistemas de detección de movemento no fomento da actividade física** (por exemplo, as novas consolas de xogos nos centros de día), para promover a mobilidade das persoas usuarias e garantir a seguridade e a calidade destas actividades a través da presenza de profesionais adecuadas/os.
9. Deseño e desenvolvemento dun **Asistente de vida saudable** capaz de elaborar de forma proactiva e automática recomendacións personalizadas de hábitos de vida saudable accesible a través de dispositivos diversos: televisor, teléfonos móbiles intelixentes ou ordenadores persoais.
10. Creación de **canais audiovisuais de contidos saudables** que poden tomar a forma de canle de televisión tradicional incluídos servizos interactivos e vídeo baixo demanda (aceso a receitas, exercicios, recomendacións...).
11. Desenvolvemento de **proxectos piloto e/ou aplicación dos que están en marcha** para o deseño e validación de sistemas de teleasistencia dirixidos a persoas maiores e persoas en situación de dependencia ou en risco, como por exemplo:
  - a. Proxecto para o deseño e validación dun sistema de teleasistencia a través da televisión, e aplicar as novas tecnoloxías para o seu uso social, o control de tratamentos, así como a detección de fumes e caídas a través da integración noutros sistemas etc. (SAM-TV).
  - b. Aplicación do sistema de teleprevención sociosanitaria *MiAvizor*, que facilita a permanencia das persoas maiores no seu contorno habitual (monitorización, prevención e benestar no fogar), como complemento doutros programas sociais (Xantar na casa, atención domiciliaria etc.), así como en familias que viven noutras cidades e no estranxeiro (residencias).
  - c. Proxecto para a validación e extensión do sistema modular de teleasistencia avanzada (*Telegerontoloxía*), que ten como base tecnolóxica a conexión a internet, aplicado para o seu uso sanitario e psicosocial, coa vantaxe que supón a súa estrutura modular. Tamén pode integrarse con outros sistemas.
  - d. Avaliación lonxitudinal do estado cognitivo, a hipertensión arterial e a insuficiencia respiratoria e a posibilidade de incorporar outros controis de parámetros biomédicos a través da implantación de novos periféricos, tales como a análise da glicosa en sangue, electrocardiografía, espirometría, temperatura corporal ou peso.
  - e. Inclusión dun módulo de Nutrición que lles permita ás persoas usuarias seleccionar menús adaptados ás súas características, coa posibilidade de que unha vez escollidos poidan recibilos no propio fogar.

### DESENVOLVEMENTO E DIFUSIÓN DE FERRAMENTAS TIC PARA PERSOAS CON ALGUNHA DISCAPACIDADE

12. **Difusión do proxecto In-TIC** orientado a poñer a tecnoloxía ao servizo das persoas con discapacidade, e ampliar así as súas posibilidades de comunicación, aprendizaxe e entretemento a través dun acceso simplificado ao ordenador e ao móbil e un comunicador dinámico, polo que lles posibilita un maior grao de autonomía e unha mellor integración social.
13. Fomento e **difusión doutros sistemas específicos** creados para as distintas discapacidades (por exemplo, persoas con discapacidade intelectual, persoas con lesión medular, dano cerebral adquirido etc.).
14. Desenvolvemento no eido da **saúde mental** dun sistema informatizado de rexistro do tempo para a **mellora do equilibrio ocupacional** que pode conseguir un significativo aumento da calidade de vida e reducir os tempos de ingreso das persoas con enfermidade mental nas unidades hospitalarias.
15. Desenvolvemento dun sistema de seguimento e de automatización dos roles sociais dirixido ás persoas con **trastornos do espectro autista** para axudarlles cara á súa autonomía.
16. Inclusión da **videoconferencia en todo tipo de centros públicos** coa finalidade de que as **persoas xordas** realicen as súas xestións da vida cotiá de forma autónoma, sen necesidade do acompañamento dun/dunha intérprete de lingua de signos.

### OBXECTIVO OPERATIVO 5.4. Facilitar o intercambio de ideas e a cooperación a prol dunha innovación de excelencia

Búscase neste obxectivo o deseño de medidas que contribúan á creación de alianzas e redes de coñecemento e innovación entre as partes interesadas (provedores, persoas usuarias, autoridades e profesionais) para compartir información, prácticas e proxectos que favorecen o desenvolvemento sistemático de iniciativas de investigación, así como a súa difusión e integración na práctica persoal e profesional.

### PROPOSTAS DE ACTUACIÓN

1. Análise e definición do que se considera unha **innovación de excelencia** coa finalidade de establecer orientacións de boas prácticas no deseño de novos proxectos.
2. Creación de **grupos de traballo para a planificación de investigacións** no ámbito da prevención da dependencia, en colaboración cos grupos de investigación universitarios de ciencias sociosanitarias. Planificación de estudos de investigación (ensaios clínicos, estudos de cohortes etc.) sobre a **eficacia** de diferentes **estratexias de prevención da dependencia e promoción da autonomía**; por exemplo, a adaptación funcional do fogar e a prevención de riscos no contorno domiciliario, a intervención domiciliaria para acadar o maior grao posible de independencia nas actividades cotiás da persoa en situación de dependencia ou o asesoramento, adestramento e o emprego de produtos de apoio para persoas con dependencia e coidadoras.
3. Promoción da **investigación cooperativa** entre universidades, organismos de investigación, empresas e as súas fundacións, asociacións de persoas afectadas, colexios profesionais e/ou entidades do terceiro sector para sumar coñecementos e capacidades no **deseño e**



**creación de solucións aplicadas** á prevención, detección precoz e mellora das situacións de dependencia.<sup>50</sup>

4. Convocatoria para desenvolver **proxectos de investigación de carácter interdisciplinar e multiprofesional** que teñan por finalidade crear solucións que poidan incorporarse ao catálogo de servizos de prevención.<sup>51</sup>
5. Organización de foros, encontros, grupos ou mesas de traballo, xornadas e/ou congresos orientados ao **debate e intercambio de ideas, necesidades, problemáticas, solucións ou boas prácticas** e/ou á presentación de novos modelos e solucións entre os diferentes grupos de interese.
6. Deseño e mantemento dun **espazo web colaborativo que facilite o intercambio e debate de ideas e/ou boas prácticas** de maneira estable entre profesionais e/ou persoas expertas, así como a xestión e a posta en común de coñecementos e solucións eficientes e aplicables.
7. Utilización da **Plataforma de Innovación Sanitaria** como ferramenta transversal para dinamizar a colaboración co Sistema Galego de Saúde Pública no deseño e implantación de melloras que contribúan a facer que os servizos que prestan sexan máis eficaces e eficientes (innovación centrada no/a paciente)]
8. Apoio ao desenvolvemento de **redes de investigación e/ou agrupacións estratéxicas entre grupos de investigación** para realizar unha actividade de colaboración estable dirixida a conformar novas capacidades científicas e abordar con maior efectividade novos obxectivos en investigación.
9. Creación dun banco de ideas para a innovación na rede.
10. Creación dun **Foro Galego da Promoción da Autonomía Persoal**, integrado por todos os colectivos profesionais dos servizos sociais que recolla e difunda as melloras científicas e técnicas, tanto de ámbito local e autonómico como de ámbito estatal e internacional.
11. Fomento do **intercambio de profesionais con outras comunidades e/ou países** e estímulo á implicación de sociedades científica e colectivos profesionais.
12. Establecemento dun **sistema de comunicación entre administracións** para dar a coñecer as innovacións xeradas e promover unha interacción e colaboración cada vez maior no desenvolvemento de innovacións.
13. Impulso á **participación dos servizos de xeriatria hospitalaria, atención primaria e especializada**, na actividade de investigación, desenvolvemento e innovación ao igual que na difusión de resultados e avances tecnolóxicos.
14. Creación dun **programa de coordinación entre estudantes** de posgrao e de doutoramento, por un lado, e os **servizos sociais comunitarios e unidades de traballo social dos centros sanitarios**, por outro, que facilite a investigación para a innovación.

<sup>50</sup> A creación de alianzas ou redes de coñecemento e innovación favorecen o desenvolvemento sistemático de iniciativas de investigación, así como a súa difusión e integración na práctica persoal e profesional. Un exemplo sinalado nos grupos de traballo é a participación de terapeutas ocupacionais dos equipos de valoración da dependencia, e outros profesionais dos servizos sociosanitarios, en grupos de investigación universitarios como os da Facultade de Ciencias da Saúde da Universidade da Coruña (na que se imparte o Grao en Terapia Ocupacional).

<sup>51</sup> Esta proposta conecta directamente tamén co obxectivo operativo 5.2., polo que supón en termos de busca de solucións innovadoras, pero mantense no obxectivo 5.4. polo seu carácter colaborativo entre profesionais de diferentes ámbitos.

## ÁREA DE ACTUACIÓN 6. REFORZO E MELLORA CONTINUA DOS RECURSOS DEDICADOS Á PREVENCIÓN DA DEPENDENCIA

**Obxectivo xeral:** incrementar o recoñecemento e a satisfacción das persoas usuarias cos servizos e programas relacionados coa promoción da autonomía persoal e a prevención das situacións de dependencia, así como dos e das profesionais e da cidadanía en xeral, a través dunha actuación centrada en mellorar a eficacia, efectividade e eficiencia no seu desenvolvemento e na busca continua da excelencia.

**Colectivos destinatarios:** autoridades dos ámbitos da sanidade e dos servizos sociais. Institucións públicas, entidades e profesionais que se dedican á prestación de servizos de prevención e detección precoz e á atención de persoas en situación de dependencia. Persoas coidadoras non profesionais das persoas en situación de dependencia e persoas en situación de dependencia moderada ou en risco de padecela.

### OBXECTIVO OPERATIVO 6.1. Promover a creación de valor a través das persoas

A idea básica deste obxectivo operativo é a posta en marcha de accións de formación especializada e de actualización de coñecementos dirixida a profesionais do ámbito social e sanitario que interveñen na prevención da dependencia. Para iso é preciso comezar pola previsión das necesidades e promover a adquisición de novas destrezas, a adaptación das súas capacidades e competencias aos novos modelos de servizo e atención precoz, facendo uso das tecnoloxías (*b-learning*, *e-learning* etc.). As boas actitudes xéranse desde a formación. Nestes colectivos impulsarase ademais o desenvolvemento profesional continuo e a súa acreditación.

### PROPOSTAS DE ACTUACIÓN

#### ACTUACIÓNS DE INFORMACIÓN, CONCIENCIACIÓN, INTERCAMBIO E ACREDITACIÓN PROFESIONAL

1. Potenciación dos **sistemas de información e asesoramento** para profesionais do ámbito social e sanitario que interveñen na prevención e detección precoz da dependencia e na promoción da autonomía persoal: a) Mellora dos sistemas de información existentes para facilitar o seu coñecemento e o acceso dos e das profesionais. b) Organización de xornadas e foros de intercambio de información/difusión entre profesionais de distintas especialidades, especialmente no ámbito local.
2. Creación de **canles internas de comunicación** como plataformas, foros, redes de conexión privadas e todos os recursos tecnolóxicos que faciliten unha comunicación fluída entre profesionais do ámbito sanitario e social para a **posta en común** de estratexias e/ou liñas de traballo, proxectos, actuacións e todo aquilo que axude a mellorar a intervención profesional, a resolución de dúbidas e o desenvolvemento das achegas.
3. **Promoción da certificación oficial** dos cursos realizados e da experiencia profesional desde a perspectiva do currículo profesional.
4. Desenvolvemento de actuacións programáticas encamiñadas a **evitar o síndrome de burnout** nas **persoas coidadoras profesionais** a través, por exemplo, da súa implicación nos resultados permitíndolles poñer en práctica novas ideas, da creación de redes, foros, grupos de autoaxuda...

5. **Fomento da humanización das relacións** entre o persoal coidador e as persoas coidadas, usuarias, en situación de dependencia ou de risco, a través de talleres de comunicación e de trato e da sensibilización dos e das profesionais dos centros residenciais para que tomen máis conciencia do seu traballo con persoas.<sup>52</sup>

#### **ACTUACIÓNS DE CARÁCTER FORMATIVO**

6. Desenvolvemento de **accións formativas para a especialización e capacitación do persoal do ámbito sociosanitario**, de atención directa e doutros ámbitos relacionados, sobre temáticas diversas vinculadas á prevención e detección precoz da dependencia e promoción da autonomía persoal.
7. Introducción de **módulos formativos en materia de prevención** da dependencia e a importancia da promoción da saúde e da **autonomía persoal** nos cursos de **formación ocupacional e/ou profesional** de ámbito social, sociosanitario ou de servizos socioculturais á comunidade dirixida ás **persoas auxiliares de axuda a domicilio e similares**.
8. **Formación ocupacional** sobre os coidados profesionais das persoas en situación de dependencia moderada ou en risco de dependencia dirixida a homes.
9. Programación de **accións formativas especializadas** para **asistentes persoais** como axentes implicados/as na prevención da dependencia e promoción da autonomía persoal.
10. Organización de formación específica dirixida ás **persoas coidadoras profesionais** relacionada coa **adaptación dos sistemas** baseados nas novas tecnoloxías da información **ás capacidades das persoas usuarias**.<sup>53</sup>
11. Desenvolvemento de **formación específica sobre a elaboración dos plans de atención individualizada (PAI)** onde se indiquen as actuacións que se van seguir de forma detallada con base en criterios unificados.
12. Introducción de **módulos de prevención e detección precoz da dependencia** nos **plans anuais de formación continua** das subdireccións xerais vinculadas directamente coa dependencia e a promoción da autonomía persoal na Consellería de Traballo e Benestar.
13. Fomento da **formación en xestión do capital humano** dirixida a profesionais con funcións de dirección e xestión dos servizos e programas relacionados coa promoción da autonomía persoal e a prevención da dependencia, para instaurar un modelo de xestión do persoal onde o valor humano sexa un referente.
14. **Formación e sensibilización** sobre os beneficios dun **estilo de vida saudable** destinada a profesionais sanitarios e sociosanitarios e especializada en temáticas como a práctica de actividade física, unha alimentación sa etc. E en relación con isto, a **capacitación** que permita a valoración e o control do estado nutricional e da actividade física das persoas maiores, así como sobre o control de factores de risco cardiovasculares, entre outros.
15. Deseño e posta en marcha de **accións formativas dirixidas á humanización das relacións** entre o persoal coidador e as persoas coidadas, usuarias, en situación de dependencia ou en risco de padecela: a) Esixencia de formación técnica en habilidades sociais e

<sup>52</sup> Como exemplo: a implantación dun programa de titorización nos centros que permita crear un sentimento de proximidade entre profesionais e persoas usuarias.

<sup>53</sup> As discapacidades son persoais e non grupais e, polo tanto, téñense que deseñar sistemas de axuda facilmente adaptables a cada persoa ou tipo de persoa usuarias.

**II. ESTRATEXIA PARA A PREVENCIÓN E DETECCIÓN PRECOZ DA DEPENDENCIA EN GALICIA,  
HORIZONTE 2020. PROPOSTAS DE ACTUACIÓN**  
ÁREA DE ACTUACIÓN 6. REFORZO E MELLORA CONTINUA DOS RECURSOS DEDICADOS  
Á PREVENCIÓN DA DEPENDENCIA

relacionais nas probas de acceso do persoal coidador. b) Formación especializada en actitudes, habilidades comunicativas, resolución de conflitos e outras temáticas que se consideren de interese. c) Formación para o uso positivo da intelixencia emocional.

16. Fomento dun **estilo de atención** entre profesionais sanitarios e sociosanitarios **no que prime a promoción da autonomía persoal e a detección de casos de persoas en situación de risco**, tanto por factores médicos como sociais mediante accións formativas, informativas e de concienciación...
17. Potenciación da **formación en xeriatría e atención temperá**, de carácter transversal, nos estudos de profesións vinculadas á promoción da autonomía persoal e a detección de casos de persoas en risco.
18. Fomento de **formación específica** sobre o **ámbito sociosanitario ou social** destinada ao persoal sanitario de atención directa.
19. **Formación e información** dirixida a **profesionais sociosanitarios** sobre medidas de prevención e intervención coas persoas con trastornos específicos.

## **OBXECTIVO OPERATIVO 6.2. Fomentar a calidade dos servizos e programas relacionados**

Para a mellora do funcionamento do sistema é moi importante establecer modelos, estándares e/ou indicadores de calidade para a prestación de servizos ou outras intervencións relacionadas coa prevención, promoción da autonomía persoal e rehabilitación, e promover o establecemento de sistemas ou metodoloxías de mellora continua, a acreditación de centros e servizos, o desenvolvemento e difusión de boas prácticas e a realización de enquisas de avaliación da satisfacción.

## **PROPOSTAS DE ACTUACIÓN**

### **ACTUACIÓNS DE CARÁCTER XERAL**

1. Creación do **título/premio** Concello responsable coa prevención da dependencia, como recoñecemento ao cumprimento de determinados ítems con relación á prevención e detección precoz das situacións de dependencia entre a súa poboación.
2. Prestación de **información e asesoramento en materia de calidade e xestión** de servizos para a prevención e detección precoz da dependencia mediante a creación dun **grupo de persoas expertas e a celebración de reunións** para o intercambio de ideas e experiencias sobre os procesos de calidade.
3. Realización de **estudos** sobre a **calidade e a dependencia no territorio de Galicia**, que teñan en conta o sistema de atención dos servizos de prevención, promoción e rehabilitación, tanto de carácter público como privado, coa finalidade de coñecer o nivel de cobertura das necesidades por graos de dependencia.
4. Elaboración dunha **guía de boas prácticas** a partir da identificación e selección das mellores experiencias de traballo para a súa posterior difusión.
5. Deseño de **accións formativas** específicas sobre **sistemas de calidade**.
6. Promoción da consideración da **seguridade viaria como tema de saúde pública e mellora da atención sanitaria e social** nos casos de accidentes de tráfico, incluídos os servizos de rehabilitación destinados ás vítimas de traumatismos.

### IMPLANTACIÓN DE SISTEMAS DE XESTIÓN DA CALIDADE

7. Creación dunha **metodoloxía común** para os centros de cara a garantir uns **niveis mínimos de calidade**, a partir dun enfoque flexible, debido ás diferenzas existentes, para establecer **liñas estratéxicas e obxectivos de traballo en común**, así como **unha dirección e xestión con base en criterios de calidade**.<sup>54</sup>
8. **Reforzo** da implantación de sistemas de xestión de calidade na atención e prevención da dependencia, mediante a aplicación de **medidas de acción positiva a favor das entidades que os promovan e se acrediten** nestes, así como a **unificación de criterios ou sistemas de xestión de calidade** existentes.
9. Configuración dun **panel de indicadores** de resultados, de calidade e mellora dos servizos e programas incluídos no catálogo de prevención e determinación dos estándares mínimos.
10. Establecemento de **patróns** obxectivos e subxectivos de satisfacción das persoas usuarias dos diferentes sistemas.
11. Aplicación de **protocolos que inclúan criterios e indicadores de avaliación continua** para a mellora da calidade das actuacións de prevención da dependencia.

### MECANISMOS DE AVALIACIÓN

12. Deseño de **estrategias de avaliación** sobre as que fundamentar as melloras para o reforzamento da calidade baseadas no seguimento e control dos servizos e programas.<sup>55</sup>
13. Estímulo á implantación de sistemas de avaliación en dous niveis: a) **modelos de avaliacións comúns** entre o ámbito sanitario, educativo e servizos sociais para traballar nunha mesma dirección e con criterios comúns. b) **programas de avaliación** para a mellora en cada servizo, institución, organización... desde o momento da súa posta en marcha.
14. Desenvolvemento de **avaliacións periódicas frecuentes** impulsadas desde as distintas administracións para revisar, detectar carencias e mellorar os servizos mediante controis e inspeccións non só das cuestións establecidas por lei, senón de distintos indicadores como a percepción das persoas usuarias sobre a calidade dos servizos.
15. Desenvolvemento de **auditorías en centros residenciais**, como as desenvolvidas ao abeiro do proxecto A residencia na que queremos vivir.

### OBXECTIVO OPERATIVO 6.3. Incorporación de modelos de xestión por valores e orientados á excelencia nos resultados

O cumprimento deste obxectivo supón a introdución de avances na xestión dos servizos vinculados á prevención e detección precoz da dependencia, de xeito que as organizacións implicadas na súa prestación lles outorguen unha maior atención á produtividade e aos mecanismos (solucións

<sup>54</sup> Isto pódese traducir, entre outras opcións, na elaboración dunha guía que estableza un marco común de xestión para a prestación de servizos, públicos e privados, relacionados coa prevención da dependencia, a promoción da autonomía persoal e rehabilitación.

<sup>55</sup> O desenvolvemento dun sistema/modelo público de avaliación do traballo de servizos sociais para o seguimento e a introdución de axustes nos programas de intervención preséntase como unha das posibles iniciativas nesta proposta.

TIC, melloras na xestión dos recursos, melloras dos procedementos etc.) para facilitar o logro dos resultados esperables, sen condicionar a achega de valor ás persoas usuarias, polo que contribuirán positivamente ao seu desempeño.

## PROPOSTAS DE ACTUACIÓN

### MELLORAS NOS SISTEMAS DE XESTIÓN

1. Incorporación de **modelos, mecanismos, metodoloxías e formas de traballo que funcionan noutras organizacións do eido social e noutros países** que impliquen unha atención personalizada e unha vocación de mellora continua.
2. Desenvolvemento de **sistemas, métodos e procesos flexibles que permitan unha atención de calidade**, con ética e empatía, así como un trato adecuado a cada persoa e ao seu contorno a prol da mellora da calidade de vida social, familiar, veciñal e/ou comunitaria e individual.
3. Deseño de **instrumentos de xestión** máis efectivos e eficientes que impliquen a posta en marcha dunha política de compromisos e responsabilidades de cara á consecución de resultados concretos e verificables, a través do establecemento e seguimentos de indicadores, e que permitan darlles unha resposta ás necesidades, demandas e expectativas da poboación en situación de risco.
4. Establecemento de **medidas de impulso e apoio ás entidades que promovan modelos de xestión orientados a resultados** a través, por exemplo, da determinación de medidas de acción positiva a favor das entidades que promovan os ditos modelos e de formación específica e/ou continua sobre modelos de xestión orientados a resultados dirixida ao persoal dedicado á prevención da dependencia.

### MELLORAS OPERATIVAS

5. Introducción de **indicadores de resultados vinculados ás axudas concedidas** para o desenvolvemento de programas de prevención, e procurar a súa relación cos obxectivos e o impacto social pretendido.
6. Posta en marcha de **iniciativas que fomenten e faciliten o cambio e a flexibilidade** nos centros públicos mediante, por exemplo: a) O fomento do sentimento de equipo e de pertenza a un colectivo que desenvolve un importante labor social. b) A implicación do persoal no propio proceso de cambio: no deseño do sistema de avaliación e seguimento dos programas. c) A implicación dos traballadores e traballadoras na obtención de resultados e permitirlles poñer en práctica novas ideas.
7. Estímulo á xeración dunha **rede de equipos multidisciplinares** cunha estrutura organizativa, funcional e asistencial que abrangue todos os aspectos que se deben aplicar na prevención da dependencia nas unidades móbiles de atención sociosanitaria.<sup>56</sup>
8. Implantación de medidas que promovan a **optimización dos recursos**: a) **Reorientación dos centros sociocomunitarios** para convertelos en centros de promoción da autonomía mediante a incorporación de figuras como fisioterapeuta, logopeda, terapeuta ocupacional, educador/a social etc., traballar máis na liña da rehabilitación funcional, social, educativa...

<sup>56</sup> Proponse unha conexión directa e con medios de control e vixilancia interadministracións, así como intercambio de datos ou información que se usaría como apoio profesional.

e buscar a prevención dunha forma aberta a toda a comunidade. b) Readaptación e reprogramación dos recursos existentes en función das necesidades reais de cada municipio ou zona para mellorar a súa eficiencia e nivel de utilización. c) Imposición de **criterios de racionalidade e de viabilidade na planificación de servizos e recursos**.<sup>57</sup>

9. Promoción de **liñas de axuda para a implantación e mellora de servizos** asistenciais, culturais, educativos, recreativos, deportivos e de lecer no ámbito rural (servizos básicos para a economía e a poboación rural).
10. Impulso á **dignificación da categoría profesional dos e das profesionais coidadores/as**, a través de mecanismos de control das condicións de traballo e das tarefas realizadas.
11. Modernización e integración dos **sistemas de información** das/os traballadoras/es sociais dos servizos sociais comunitarios e dos servizos sanitarios, así como mellora integral das ferramentas de traballo utilizadas por este colectivo.
12. Incremento do **uso das tecnoloxías da información e a comunicación**: a) Telemedicina para o seguimento e control das persoas en situación de dependencia e das persoas coidadoras, especialmente cando estas viven en zonas menos poboadas ou accesibles. b) Favorecemento da implantación de ferramentas de xestión nos servizos, mediante a utilización de modelos ou programas que axuden á planificación nas entidades, á elaboración e seguimento dos PIA...

## OBXECTIVO OPERATIVO 6.4. Buscar novas sinerxías a través da coordinación e cooperación

Este obxectivo operativo contempla medidas dirixidas a garantir o carácter integral da acción preventiva e a aplicación eficiente dos recursos dispoñibles a través do establecemento de canais de comunicación e a posta en común de informacións e programas relevantes, tanto no ámbito interdepartamental como social (terceiro sector e movemento asociativo) e interinstitucional, así como da articulación de medidas para coordinar actuacións en todos os ámbitos (por exemplo, desenvolvemento de criterios de consenso, protocolos de coordinación e/ou mecanismos de coresponsabilidade, creación de redes/grupos de traballo), e favorecer así a interdisciplinariedade das intervencións e a súa sostibilidade.

## PROPOSTAS DE ACTUACIÓN

### COORDINACIÓN A NIVEL INSTITUCIONAL, DEPARTAMENTAL E SOCIAL

1. Desenvolvemento de **plans de prevención e detección precoz da dependencia** nas comarcas/municipios galegos que teñan como estrutura marco esta estratexia para a prevención e detección precoz da dependencia, horizonte 2020.
2. Accións de **impulso da coordinación sociosanitaria** entre sanidade, servizos sociais e outros departamentos e organismos implicados na prevención e detección precoz da dependencia a través de iniciativas, como a Estratexia galega de atención integral á cronicidade ou o Plan marco de atención sociosanitaria de Galicia.

<sup>57</sup> Por exemplo, un centro de día non é viable se hai que desprazarse 60 km.; no seu lugar potenciaríase a axuda a domicilio, a comida e lavandería na casa ....

**II. ESTRATEXIA PARA A PREVENCIÓN E DETECCIÓN PRECOZ DA DEPENDENCIA EN GALICIA, HORIZONTE 2020. PROPOSTAS DE ACTUACIÓN**  
ÁREA DE ACTUACIÓN 6. REFORZO E MELLORA CONTINUA DOS RECURSOS DEDICADOS Á PREVENCIÓN DA DEPENDENCIA

3. Fomento do **traballo en rede entre as entidades do terceiro sector, o voluntariado e o sector público** mediante a promoción de accións de colaboración nos que se contemple, entre outras cuestións, o compromiso recíproco nas actividades organizadas e protocolos de colaboración para cubrir posibles carencias do sistema sanitario público.

**COORDINACIÓN NO ÁMBITO OPERATIVO**

4. Unificación de todos os contidos relacionados co ámbito sociosanitario nunha **web/portal específico** que inclúa: a) Un **inventario de recursos, plans e proxectos** en relación coa prevención e detección precoz da dependencia por parte da Administración galega e do terceiro sector e movemento asociativo, como base para a consecución dunha coordinación sociosanitaria adecuada. b) Unha **plataforma dixital de intercambio e formación de profesionais** no ámbito sanitario, social e educativo, e de investigación establecida de acordo cos colexios profesionais e entidades do terceiro sector xunto coas administracións públicas. c) Unha plataforma de teleasistencia.
5. **Reforzo da coordinación entre a administración local e autonómica** para axilizar os procedementos administrativos relacionados cos programas individuais de atención, optimizar os recursos públicos e aproveitar ao máximo as instalacións e equipamentos dispoñibles (entre concellos limítrofes e no ámbito comarcal, provincial e rexional).
6. Participación do **profesorado na atención inmediata e eficiente do alumnado** con patoloxías crónicas ou que poidan desenvolver un episodio de crise en calquera momento, a través da cobertura de persoal médico e información clínica (Plan de alerta escolar).
7. Potenciación de figuras de **intermediación entre a persoa usuaria e o sistema sociosanitario** como, por exemplo, un servizo de derivación e/ou departamento de información e asesoramento nos concellos ou a figura de profesional de enfermería de enlace.
8. Impulso do **acceso dos/das profesionais da saúde que traballan no sistema de servizos sociais**, tanto de centros públicos como de equipos de valoración, **ao sistema de información IANUS**. Coordinación dos diferentes rexistros (discapacidade, dependencia, sanidade...) para o futuro **desenvolvemento do expediente único sociosanitario**.
9. Reforzo da **coordinación entre a atención primaria e a atención especializada do sistema sanitario**, co obxectivo de atender a persoa usuaria no ámbito asistencial adecuado para unha optimización dos recursos.
10. Valoración da creación de **equipos de atención xeriátrica e xerontolóxica** (con persoal do ámbito sanitario e social) para mellorar a asistencia e os ingresos tanto en hospital como en residencias sobre todo de pacientes fráxiles e xeriátricos, coa finalidade de liberar a atención primaria, mellorar a calidade da atención e reducir a presión en atención especializada...
11. Integración da **seguridade viaria** nos programas do sector sanitario de promoción da saúde e de prevención de enfermidades.
12. Fomento do intercambio de experiencias con outros países e comunidades autónomas para a **identificación de boas prácticas** aplicables á Comunidade galega, mediante grupos de traballo e/ou reunións multidisciplinares.



### OBXECTIVO OPERATIVO 6.5. Incorporar a perspectiva de xénero de forma transversal

A idea da transversalidade da perspectiva de xénero pasa pola aplicación do enfoque de xénero en todas as actuacións que se leven a cabo no marco desta estratexia en cada unha das áreas definidas. Iso implica valorar os riscos e necesidades en función das diferentes situacións e posicións de mulleres e de homes, tanto entre as persoas en situación de dependencia ou risco de padecela, como persoas cuidadoras; elaborar medidas conforme a criterios de igualdade e equidade que optimicen a calidade de vida das persoas en función das súas características, así como medidas específicas para estimular a coparticipación e corresponsabilidade entre ambos os dous sexos no coidado e prevención da dependencia e para corraxir a especial vulnerabilidade das mulleres en canto a riscos de exclusión vinculados á dependencia.

A perspectiva de xénero é a clave neste obxectivo operativo, pero en realidade debe considerarse como principio reitor e orientador de todas as actuacións desta estratexia para a prevención e detección precoz da dependencia en Galicia, e sobre todo no deseño e execución de plans de intervención creados no marco desta estratexia.

Resulta fundamental incluír actuacións relacionadas coas seguintes liñas ou temáticas:

- Identificación das necesidades diferentes mulleres/homes en situación de dependencia moderada ou en risco de padecela e considerar as características específicas que presentan unhas e outros en aspectos de saúde, formas de vivir e de posicionarse respecto da autonomía persoal ou a dependencia.
- Consideración das diferentes necesidades por xénero nas accións educativas e de concienciación para o coidado da saúde e a prevención da dependencia.
- Medidas específicas para optimizar as capacidades, a autonomía e a calidade de vida das persoas en situación de dependencia ou risco de padecela tamén en función do xénero, é dicir, de acordo coas necesidades prácticas e expectativas de mulleres e de homes.
- Medidas para favorecer a prevención e detección precoz da dependencia e a promoción da autonomía persoal das mulleres de forma que se garanta a igualdade de oportunidades en función doutros factores sociais, culturais e económicos.
- Medidas dirixidas ás mulleres cuidadoras non profesionais de acordo a un enfoque de discriminación positiva, dada a dificultade de acceso a outras formas de desenvolvemento profesional.
- Medidas para a coparticipación e corresponsabilidade entre ambos os dous sexos no coidado e prevención dependencia das persoas en situación ou en risco de padecela.

### PROPOSTAS DE ACTUACIÓN

1. Desenvolvemento de **estratexias de integración transversal do enfoque de xénero** en todas as áreas mediante a posta en práctica de actividades específicas e asignación dos recursos adecuados.
2. Realización dun **estudo comparado sobre a maior lonxevidade das mulleres** e as situacións máis próximas á exclusión social que estas adoitan sufrir fronte aos homes para deseñar e desenvolver actuacións que teñan en conta as distintas necesidades (de saúde ou outras) de mulleres e de homes maiores e/ou en situación de risco ou de dependencia moderada.

**II. ESTRATEXIA PARA A PREVENCIÓN E DETECCIÓN PRECOZ DA DEPENDENCIA EN GALICIA, HORIZONTE 2020. PROPOSTAS DE ACTUACIÓN**  
ÁREA DE ACTUACIÓN 6. REFORZO E MELLORA CONTINUA DOS RECURSOS DEDICADOS Á PREVENCIÓN DA DEPENDENCIA

3. Deseño das actuacións relativas ás persoas cuidadoras sobre a base dunha análise previa da situación na que a maioría son mulleres.
4. Desenvolvemento de **accións informativas e formativas** no ámbito educativo, sanitario, laboral e comunitario sobre **coparticipación e corresponsabilidade nos cuidados e na prevención** de situacións de dependencia, na medida que todos os sistemas son protagonistas do cambio nas mentalidades.<sup>58</sup>
5. Fomento da **corresponsabilidade das tarefas de cuidado** a través de: a) O recoñecemento da profesión. b) Posta en marcha de medidas que favorezan a implicación dos homes na atención das súas persoas en situación de dependencia ou en risco de padecela. c) Creación e divulgación de material informativo e formativo orientado á promoción en positivo da figura do home como cuidador profesional e non profesional.
6. Creación e divulgación de material informativo e formativo para **proxectar socialmente a figura das mulleres como persoas cuidadoras e cuidadas**, nos que se inclúa unha visión clara das que se atopan en situación de risco.
7. Realización dun estudo exhaustivo para coñecer o **impacto dos recursos da Lei de dependencia no desenvolvemento vital das mulleres cuidadoras familiares**, especialmente no caso do recurso da libranza de cuidados no contorno familiar, así como o perfil da persoa cuidadora e o impacto de xénero na sociedade, especialmente motivado polo abandono profesional prematuro para desenvolver os labores de cuidado.
8. Requirimento de **formación continúa con perspectiva de xénero e sobre a aplicación deste perspectiva na práctica profesional** diaria dirixida a todo o persoal dos recursos de atención e prevención da dependencia.<sup>59</sup>
9. Utilización de **indicadores de calidade e de seguimento que inclúan a perspectiva de xénero**.

---

<sup>58</sup> Resulta imprescindible comezar polo sistema educativo e introducir criterios de igualdade nesta materia como contido transversal. Tamén involucrar o sistema sanitario como determinante na promoción da saúde, tanto da persoa cuidadora como da cuidada, tendo en conta o xénero. Así mesmo, desde o tecido empresarial pódense promover melloras para unha conciliación da vida familiar e laboral, e no ámbito comunitario ofrecer reforzos, redes de axuda e mecanismos de interiorización do verdadeiro papel das mulleres.

<sup>59</sup> Esta debería ser a liña que se debe seguir e non a idea de impartición de formación en igualdade para os colectivos profesionais vinculados porque se traduciría na inclusión de módulos de igualdade que non abordan realmente a perspectiva de xénero de forma transversal.

# CAPÍTULO III.

## ANÁLISE DE EFICIENCIA DA IMPLANTACIÓN DA ESTRATEXIA

### 3.1 ANTECEDENTES

Un enfoque cada vez máis aplicado é o que trata de facer obxectivas as vantaxes da prevención con base na unha **análise custo-beneficio**, a través da cal se poida establecer unha correlación entre o custo da prevención e os beneficios que proporciona no curto-medio prazo. E non só en termos de morbilidade ou calidade de vida, senón tamén desde unha perspectiva de **eficiencia**. De feito, o devandito enfoque custo-beneficio resulta de grande interese para a Administración pública xa que, deste xeito, pódense ver as vantaxes económicas da prevención en períodos anuais, pero tamén resulta ser un importante elemento de motivación para as persoas e as familias, xa que **deste xeito poden asimilar con maior facilidade os aspectos positivos da prevención e da promoción da autonomía persoal**.

Polo xeral, a través deste tipo de estudos sobre custo-beneficio adoita compararse o custo dun programa de intervención ou prevención cos beneficios derivados deste, normalmente identificados co aforro sociosanitario en persoal asistencial, estancias, fármacos, equipo, gastos xerais de infraestrutura, amortización de instalacións, infraestruturas etc.

Será no desenvolvemento da estratexia cando se revele con nitidez o impacto económico das medidas propostas sobre a base dunha análise custo-beneficio. En concreto, na consideración dos custos a curto-medio prazo na posta en marcha das medidas da estratexia fronte á eficiencia acadada a medio-longo prazo en termos da minoración estimada nas situacións de dependencia acadada como consecuencia da dita implantación.

Unha das **limitacións de partida** que condicionan este tipo de cálculos é a práctica inexistencia de estudos publicados sobre a análise custo/beneficio dos programas de prevención da dependencia. Polo contrario, existe un amplo número de artigos e informes sobre o custo da dependencia (tanto no ámbito español, como no ámbito europeo e internacional), a maioría dos cales se centran illadamente no campo do envellecemento/persoas maiores, no campo da discapacidade ou, en xeral, no campo dos coidados de longa duración.

Realizáronse algúns traballos sobre **os custos e os beneficios da prevención da dependencia**, pero trátase de estudos enfocados na estimación dos retornos económicos derivados da implantación do Sistema Nacional de Dependencia (tal e como se recolle no propio Libro Branco da Dependencia), de tal xeito que recollen cuestións como:

- A xeración directa de emprego e actividade, a xeración de emprego e actividade inducida e a xeración de emprego e actividade indirecta.
- O aforro en prestacións de desemprego, o incremento nas cotizacións da Seguridade Social, o incremento no IVE, o incremento no Imposto de Sociedades, o incremento no IRPF...

Por outra parte, tamén se elaboraron estudos sobre as **alternativas de financiamento da cobertura de dependencia**, os cales tratan de estimar a viabilidade de posibles seguros para axudar a financiar ou cofinanciar os servizos da dependencia nun futuro para unha determinada persoa usuaria.

O traballo realizado en España que máis se aproxima á materia obxecto de análise no marco desta estratexia é o desenvolvido polo Grupo de Investigación do Envellecemento da Universidade de Barcelona (dirixido polo Dr. Ricardo Moragas) baixo o título Prevención da dependencia: preparación da xubilación, no que se trata de abordar unha **análise custo-beneficio dun programa de prevención da dependencia**, pero só no eido do envellecemento.

## 3.2 CUSTO DA DEPENDENCIA. ESTIMACIÓN DA EFICIENCIA DA PREVENCIÓN DA DEPENDENCIA EN GALICIA

Sobre o impacto das accións de prevención, actualmente está demostrada a efectividade e eficacia da prevención para mellorar a calidade de vida, evitar mortes e no caso de que apareza a enfermidade, reducir o seu impacto. O problema máis importante é o prazo no que se poida demostrar a eficiencia da prevención. Neste sentido, a prevención tivo unha validación empírica a partir dos anos sesenta en relación co tabaquismo e o risco que supuña para a enfermidade cardiovascular. Os informes destes anos en Gran Bretaña e en EUA. levaron a unha redución entre 1960 e 1987 do 62% da morte por infarto. No caso concreto da prevención da dependencia, os poucos estudos realizados sobre a materia baséanse nas estimacións das campañas de prevención sanitaria onde, tendo en conta as campañas masivas para o total da poboación, estímase un **5% de cambio de conduta nas persoas**.

Precisamente, conscientes das dificultades que implica o cálculo da eficiencia acadada a medio-longo prazo, unha das medidas propostas na estratexia garda relación con esta materia, concretamente na área de actuación 5, Investigación e innovación para ampliar a vida saudable e autónoma das persoas, obxectivo operativo 5.1, a proposta número 6. Investigación do custo social e individual da dependencia e a súa evolución a medio/longo prazo de maneira transdisciplinar, global e coordinada para avaliar correctamente os investimentos en prevención.

Así, unha das primeiras actuacións que se van desenvolver será a realización dun estudo e valoración do actual Sistema para a Autonomía e Atención á Dependencia (SAAD) en Galicia dende unha perspectiva comparada coa experiencia española así como europea. O estudo perseguirá dous obxectivos: por un lado, realizar unha breve síntese descritiva da organización, financiamento e provisión dos coidados de longa duración nos sistemas galego e español. Por outro lado, proxectar a evolución futura do gasto público galego nos coidados á dependencia para o período 2010-2030, con base nunha adaptación do modelo desenvolvido pola Comisión Europea no Ageing Report (2009). Adicionalmente, formularanse distintos escenarios que analizarán a repercusión sobre o orzamento público de Galicia da hipotética implantación dun modelo cuns parámetros (taxa de dependencia, cobertura e distribución dos servizos de atención á dependencia) diferentes aos actuais. En concreto analizarase a aplicación dun modelo con maior intensidade de uso de novas tecnoloxías tanto no coidado formal como informal.

O desenvolvemento dos traballos estruturarase nas seguintes partes:

### 1. Evolución do custo do sistema de atención á dependencia.

**Obxectivo:** analizar as diferenzas no perfil de atención por comunidades autónomas e a súa incidencia sobre o custo do sistema.

## 2. Proxeccións do gasto público en atención á dependencia.

**Obxectivo:** mostrar a previsible evolución do gasto público na atención á dependencia nun escenario base e aplicar unha adaptación do modelo desenvolvido pola Comisión Europea.

- a. Estimación da poboación por tramos de idade e sexo.
- b. Ratio de dependencia por idade e sexo: evolución do escenario base.
- c. Estimación da poboación en situación de dependencia.
- d. Probabilidade de recibir cada tipo de servizo de atención á dependencia, por idade e sexo.
- e. Estimación do custo público medio anual de cada tipo de servizo.
- f. Estimación da evolución do gasto total público do sistema de atención á dependencia.

## 3. Efectos da incorporación das novas tecnoloxías (modificación da utilización dos diferentes servizos).

**Obxectivo:** mostrar os efectos sobre o gasto público na atención á dependencia da incorporación de novas tecnoloxías, que suporemos lles afecta á ratio de dependencia por idade e xénero e á probabilidade de recibir cada tipo de servizo de atención á dependencia.

- a. Estimación do custo de aplicar un novo sistema de atención baseado na utilización de novas tecnoloxías da comunicación e información.
- b. Posibles efectos sobre a ratio de dependencia por idade e xénero.
- c. Posibles efectos sobre a probabilidade de recibir cada tipo de servizo.
- d. Posibles efectos sobre a taxa de cobertura do sistema de atención.
- e. Principais resultados.



# CAPÍTULO IV. ANEXOS

## ANEXO I. METODOLOXÍA

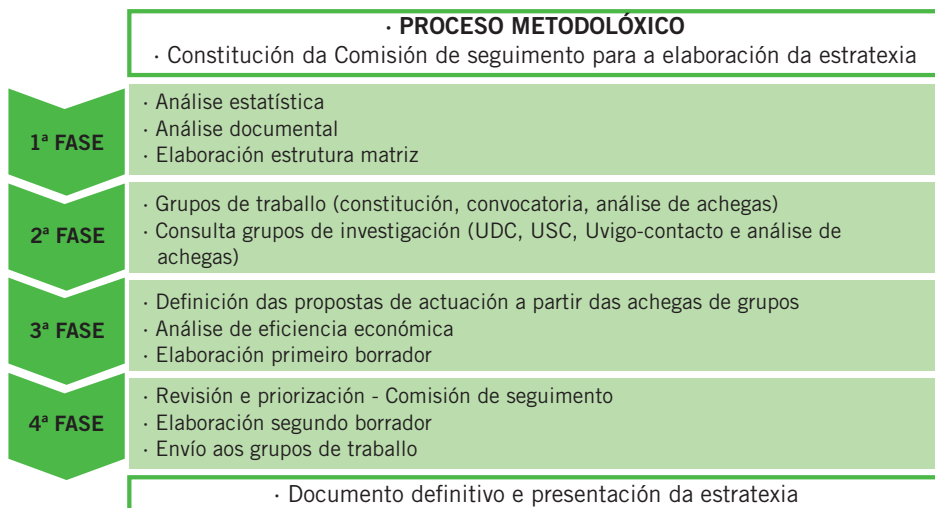
Entre os diversos enfoques metodolóxicos dun proceso de planificación estratéxica, adoptouse para esta iniciativa un procedemento baseado nunha metodoloxía dirixida á consulta, contraste e formulación de propostas por parte das administracións, das organizacións que traballan no sector da dependencia en toda a súa amplitude, colexios profesionais, os axentes sociais, grupos de investigación etc.

Este enfoque baseado nunha metodoloxía participativa responde a dúas razóns fundamentais:

- Á necesidade de artellar un consenso para a elaboración dunha estratexia dirixida á prevención e detección precoz da dependencia en Galicia.
- Á posibilidade de concretar unha estratexia conformada como marco de traballo que incorpore as propostas, suxestións e demandas reais e prioritarias dos diferentes grupos de interese.

Este método de traballo caracterízase pola xeración de accións institucionais consensuadas entre poderes públicos, axentes sociais, colectivos profesionais e cidadanía en xeral, destinada á mellora dos servizos e da xestión administrativa, neste caso dirixidas a conseguir reducir os niveis de dependencia na poboación galega. Neste sentido a estratexia resultante tiña que actuar como marco de referencia no que establecer os obxectivos nesta materia, tanto xerais ou estratéxicos como específicos ou operativos, e que estarían determinados polos diagnósticos precedentes.

O primeiro paso foi a **constitución dunha Comisión de seguimento** do proceso de elaboración da estratexia, da que formou parte a dirección técnica e científica do proxecto, ademais de persoal técnico do departamento administrativo impulsor, concretamente representantes da Subdirección Xeral de Atención á Dependencia, da Subdirección Xeral de Promoción da Autonomía Persoal e da Unidade de Coordinación da Dependencia.<sup>60</sup> Esta comisión realizou unha programación do proxecto de deseño da estratexia.



<sup>60</sup> Utilízanse os nomes dos departamentos administrativos segundo a estrutura orgánica da Consellería de Traballo e Benestar vixente nese momento (2012).

#### IV. ANEXOS

##### ANEXO I. METODOLOXÍA

Constituída a dita comisión, o proceso de elaboración da estratexia iniciouse cun **estudo da situación de partida**, para o que foi preciso recompilar a información existente sobre os programas activos, servizos e recursos relacionados coas situacións de dependencia e a prevención destas e coa atención e coidado da poboación maior, así como realizar unha análise sociodemográfica dos factores relacionados coas situacións de dependencia en Galicia.

No transcurso desta **primeira fase** leváronse a cabo, entre outras, as seguintes **tarefas**:

- Revisión doutros plans da área de Benestar da Xunta de Galicia: Plan de actuación social de Galicia 2010-2013, Plan Galego das persoas maiores 2010-2013, Plan de acción integral para as persoas con discapacidade de Galicia, 2010-2013.
- Consulta doutros plans de acción do goberno galego: Plan galego para o fomento da actividade física 2011-2015 (Galicia saudable), Plan de prioridades sanitarias 2011-2014, Estratexia Sergas 2014, Plan galego de investigación, innovación e crecemento 2011-2015 (i2c).
- Análise sociodemográfica dos factores relacionados coas situacións de dependencia: poboación actual e proxeccións nos próximos anos por intervalos de idade ao obxecto de coñecer os índices de envellecemento en Galicia, persoas con discapacidade, persoas en situación de dependencia e proxeccións nos próximos anos.
- Identificación dos programas, servizos e recursos de prevención da dependencia na comunidade galega.
- Análise comparativa (mais non exhaustiva) de programas, servizos e recursos de prevención da dependencia noutras comunidades autónomas.
- Identificación de boas prácticas noutros países, especialmente da Unión Europea.
- Identificación dos recursos de investigación presentes en Galicia a partir dos catálogos de grupos de investigación das tres universidades galegas.
- Análise das condicións de traballo das persoas traballadoras de máis idade e sinistralidade laboral dende a perspectiva do envellecemento activo e actuacións centradas na prevención de situacións de dependencia.
- Análise dos resultados acadados no Observatorio de Vixilancia Tecnolóxica do Sector, Visión 2020.

A partir da información recompilada na primeira fase dos traballos centrada no estudo **da situación de partida** (capítulo 1 deste documento, ademais doutros documentos preliminares complementarios) procedeuse ao **deseño dunha estrutura matriz da estratexia** que respondía aos obxectivos esenciais identificados ao longo do diagnóstico inicial.

A dita estrutura sufriu diversas modificacións durante o proceso de desenvolvemento da estratexia e quedou conformada definitivamente por **seis áreas de actuación**, que se estruturan nun total de 28 obxectivos operativos nos que se enmarcan as distintas actuacións propostas.



## ÁREA DE ACTUACIÓN 1.

### EDUCACIÓN E CONCIENCIACIÓN DA CIDADANÍA

#### Obxectivos operativos:

- 1.1. Concienciar e formar profesionais de diversos ámbitos sobre os beneficios de educar na prevención da dependencia.
- 1.2. Fomentar actitudes positivas cara ao coidado da saúde e á promoción da autonomía persoal.
- 1.3. Contribuír á prevención de accidentes domésticos, laborais, de tráfico e outros que poidan provocar situacións de dependencia.
- 1.4. Promover o recoñecemento social do labor do coidado e das persoas que o levan a cabo.
- 1.5. Facilitar o acceso á información sobre os recursos e servizos de prevención existentes.

## ÁREA DE ACTUACIÓN 2.

### CONTRIBUCIÓN AO AUMENTO DA ESPERANZA DE VIDA LIBRE DE DEPENDENCIA

#### Obxectivos operativos:

- 2.1. Facilitar a autonomía a través da orientación, o consello individualizado e a formación para decidir sobre o proxecto de vida futuro.
- 2.2. Fomentar a prevención da dependencia e promoción da autonomía persoal mediante o uso de diversos servizos e recursos.
- 2.3. Facilitar a accesibilidade universal como requisito indispensable para unha vida autónoma.
- 2.4. Desenvolver medidas preventivas para diminuír a aparición dos factores de risco máis frecuentes que afectan ao desenvolvemento da persoa.
- 2.5. Establecer servizos de apoio para o desenvolvemento profesional e social das persoas en situación de risco de dependencia.

## ÁREA DE ACTUACIÓN 3.

### MELLORA DO DIAGNÓSTICO E DA CALIDADE DE VIDA DAS PERSOAS CON DEPENDENCIA MODERADA

#### Obxectivos operativos:

- 3.1. Promover o diagnóstico precoz da poboación en situación de dependencia moderada ou en risco de padecela, en especial das persoas máis vulnerables a sufrir este tipo de situacións.
- 3.2. Impulsar a detección e rehabilitación precoz en centros sanitarios e de servizos sociais, así como noutros aos que acoden persoas maiores e persoas con discapacidade.
- 3.3. Favorecer a permanencia no domicilio e contorno habitual durante o maior tempo posible.
- 3.4. Reforzar a adaptación progresiva dos programas individuais de atención.
- 3.5. Atender as necesidades singulares das persoas con dependencia moderada e en situacións de vulnerabilidade social.

#### **ÁREA DE ACTUACIÓN 4.**

##### APOIO ÁS FAMILIAS E ESTÍMULO DA PARTICIPACIÓN CIDADÁ

###### **Obxectivos operativos:**

- 4.1. Reforzar a atención sobre a saúde das persoas cuidadoras.
- 4.2. Formación, capacitación e apoio á estabilidade emocional e cohesión das familias cuidadoras.
- 4.3. Establecer un marco de apoio para mellorar o benestar das familias e o bo coidado.
- 4.4. Promover a implicación social a través do terceiro sector, do voluntariado e do estímulo do movemento asociativo para ampliar as potencialidades do novo modelo de prevención das situacións de dependencia.

#### **ÁREA DE ACTUACIÓN 5.**

##### INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN PARA AMPLIAR A VIDA SAUDABLE E AUTÓNOMA DAS PERSOAS

###### **Obxectivos operativos:**

- 5.1. Mellorar o estado de coñecemento sobre a realidade social e a potencialidade da innovación.
- 5.2. Impulsar as innovacións para a prevención, detección e diagnóstico precoz de situacións de dependencia.
- 5.3. Promover unha vida autónoma e activa, principalmente mediante solucións TIC e novos recursos para actividades preventivas e hábitos saudables.
- 5.4. Facilitar o intercambio de ideas e a cooperación en aras dunha innovación de excelencia.

#### **ÁREA DE ACTUACIÓN 6.**

##### REFORZO E MELLORA CONTINUA DOS RECURSOS DEDICADOS Á PREVENCIÓN DA DEPENDENCIA

###### **Obxectivos operativos:**

- 6.1. Promover a creación de valor a través das persoas.
- 6.2. Fomentar a calidade dos servizos e programas relacionados.
- 6.3. Estimular a incorporación de modelos de xestión por valores e orientados á excelencia nos resultados.
- 6.4. Buscar novas sinerxías a través da coordinación e cooperación.
- 6.5. Incorporar a perspectiva de xénero de forma transversal.

De cara a **identificar e formular as posibles actuacións que se queren implantar** para darlles consecución ás metas previamente definidas, e en función dos datos e información dispoñibles, recorreuse fundamentalmente á fórmula de **grupos de traballo** con participantes de moi diversa procedencia profesional para, con base nos principios metodolóxicos básicos establecidos, facer da elaboración desta estratexia **un proceso de planificación participativa na área de política social**, así como **de consenso entre os diferentes departamentos, órganos e entidades participantes** na definición das liñas estratéxicas en materia de prevención e detección precoz da dependencia e promoción da autonomía persoal.

A produción dos grupos de traballo tamén serviu para completar a información recompilada na fase inicial, e contribuíu a definir, deste modo, as pautas sobre a realidade actual da prevención e detección precoz da dependencia no territorio, así como o estudo do sector.

A excepción á utilización de grupos de traballo foi a sistemática adoptada cos grupos de investigación das universidades galegas e plataformas de innovación vinculados á prevención e detección precoz da dependencia para os que, no marco da mesma dinámica dunha planificación participativa, a vía de participación escollida, por motivos operativos, foi a de traballar individualmente con cada un deles.

Unha vez definida a composición dos distintos grupos de traballo en función das temáticas seleccionadas e elixidos os axentes de innovación de interese de cara á definición desta estratexia, deseñáronse dous **modelos de formulario** adaptados a cada un dos colectivos destinatarios. Estas ferramentas de traballo baseáronse na estrutura matriz establecida inicialmente coas áreas e posibles liñas de traballo que se van considerar, coa finalidade de facilitarlles ás persoas colaboradoras tanto a elaboración como a comunicación das súas achegas.

A procedemento seguido para a celebración dos **grupos de traballo** foi o seguinte:

1. Entre finais de abril e principios de maio de 2012 enviouse unha comunicación desde a Secretaría Xeral de Política Social ás entidades, empresas, organizacións e departamentos administrativos seleccionados para solicitar a súa participación nos grupos de traballo.
2. Unha vez finalizados os prazos para a designación de representantes e, polo tanto, confirmadas as persoas que colaborarían na elaboración da estratexia, procedeuse a deseñar a configuración definitiva dos grupos de traballo, a programar as reunións e as axendas, a preparar a loxística de cada unha delas e a lanzar a convocatoria das xuntanzas en función do cronograma establecido. En total conformáronse oito **grupos de traballo** que se reuniron nunha única ocasión entre os meses de xuño e xullo de 2012.
3. Logo de celebrar cada unha das reunións estableceuse un novo prazo para a realización de novas achegas a raíz das cuestións e discusións xurdidas no seo do propio grupo.
4. A partir das ideas achegadas mediante o formulario por cada participante, das propostas realizadas directamente na reunión dos grupos de traballo e as engadidas a posteriori, elaborouse un documento de traballo en forma documento resumo de cada reunión-grupo que se lles remitiu a todas as persoas participantes para o seu coñecemento e/ou validación, segundo o caso.

Os grupos de traballos convocados para a elaboración desta estratexia, cuxa composición se describe no anexo 2 deste documento, son os seguintes:

<b>Grupo de traballo 1</b>	Constituído por persoal técnico da Consellería de Traballo e Benestar e persoal técnico/directivo de centros de atención adscritos a esta consellería.
<b>Grupo de traballo 2</b>	Constituído por persoal dos distintos departamentos da administración xeral da Comunidade Autónoma.
<b>Grupo de traballo 3</b>	Constituído representantes das entidades e organizacións de persoas maiores.
<b>Grupo de traballo 4</b>	Constituído por representantes das entidades e organizacións das persoas con discapacidade.
<b>Grupo de traballo 5</b>	Constituído por representantes dos colexios profesionais do ámbito social e sanitario
<b>Grupo de traballo 6</b>	Constituído por representantes da Federación Galega de Municipios e Provincias (FEGAMP).
<b>Grupo de traballo 7</b>	Constituído por representantes de empresas proveedoras de servizos no ámbito social.
<b>Grupo de traballo 8</b>	Constituído por representantes dos axentes sociais e institutos (de estudos, prevención de riscos laborais ...)

Con relación aos **grupos de investigación/axentes de innovación**, o procedemento seguido para a recompilación das súas achegas baseouse nunha comunicación na que se solicitaba a súa colaboración, mediante o envío das súas suxestións e achegas nun formulario especificamente deseñado para tal cometido.

Para iso, previamente tivo lugar unha ardua tarefa de identificación dos recursos de investigación presentes en Galicia neste ámbito, por consideralos como axentes cun profundo coñecemento da situación, tendencias e necesidades de todos os colectivos da poboación vinculados á dependencia na comunidade autónoma. Para identificar estes recursos recorreuse ás bases de datos de grupos de investigación das tres universidades galegas e fíxose unha busca baseada en conceptos clave.

Froito desta busca elaborouse un documento<sup>61</sup> cos resultados do traballo, no que se identifican os ditos grupos e entidades, as súas liñas de investigación, servizos, conceptos nos que investigan e principais traballos de interese que xustificaron a súa elección.

A finais do mes de maio enviouse a consulta a un total de 34 grupos de investigación das tres universidades galegas e algunhas plataformas de innovación que traballan en temáticas vinculadas co obxecto da estratexia, e acadouse a resposta de 15 delas. Do mesmo xeito que no caso dos grupos de traballo, unha vez finalizado o prazo para a remisión das achegas, por parte grupos de investigación/axentes de innovación, procedeuse a elaborar un documento resumo destas.

<sup>61</sup> Dispoñible, no documento anexo a este, co título: *Identificación de recursos de investigación no ámbito da dependencia en Galicia, no marco da Estratexia para a prevención e detección precoz da dependencia en Galicia 2012-2015, horizonte 2020.*

Os grupos de investigación/axentes de innovación que participaron na elaboración da estratexia relaciónanse no anexo 2, no que se indica o nome, departamento, universidade á que pertence e a persoa coordinadora do grupo.

O seguinte paso consistiu na elaboración dun documento resultado da análise da información producida, tanto nos grupos de traballo como facilitada polos grupos de investigación, despois dun primeiro estudo das achegas cara a unha selección e reunificación de propostas a partir de todas as contribucións recollidas. O **primeiro documento borrador**, dispoñible en **agosto de 2012**, contaba cun total de **857 propostas de medidas** (extraídas de **máis de 1100 achegas obtidas durante o proceso de participación**) distribuídas en **30 obxectivos operativos**.

A partir desta primeira versión procedeuse a unha nova redefinición de propostas mediante un proceso de reagrupación/criba dando lugar a un **segundo borrador** dispoñible en **outubro de 2012**, cun total de 450 propostas para dar consecución a **28 obxectivos operativos**.<sup>62</sup>

Obtido o segundo borrador de propostas someteuse a valoración da comisión de seguimento para o que se realizaron dúas convocatorias en novembro de 2012 ata obter unha segunda versión da estratexia con **402 propostas de actuación**.

A continuación remitíuselles a todas as persoas que participaron nos grupos de traballo para achegar as observacións que considerasen oportunas, dando lugar a unha terceira revisión e valoración por parte da comisión de seguimento para a obtención do documento definitivo, que contén un **total de seis áreas de actuación, 28 obxectivos operativos e 392 actuacións**.

As actuacións definidas deberán considerarse como proposta ou ideas para concretar en accións máis específicas nos próximos anos; actúan polo tanto como marco estratéxico no sentido de sinalar as posibles liñas de traballo e as diversas opcións para facelas efectivas.

---

<sup>62</sup> Pasouse de 30 obxectivos operativos na versión inicial a 28 na segunda versión, por reagrupación e redefinición de obxectivos operativos en dúas das áreas de actuación.

#### IV. ANEXOS

#### ANEXO II: COMPOSICIÓN DO COMITÉ REDACTOR E DA COMISIÓN DE SEGUIMENTO

## ANEXO II. COMPOSICIÓN DO COMITÉ REDACTOR E DA COMISIÓN DE SEGUIMENTO

### COMITÉ REDACTOR\*

**Jorge Rubén Sampedro Grande.** Subdirector xeral de Dependencia.

**Eduardo Pásaro Méndez.** Catedrático da Universidade da Coruña.

**Rosa B. Torrado Carreño.** Socióloga e Traballadora Social. Responsable da Área social Estratega Consulting Global.

**Antonio Paz García.** Consultor e director de Estratega Consulting Global.

**Jesús Díaz Castelao.** Consultor Senior Estratega Consulting Global.

**Oscar Crespo Campello.** Consultor Senior Estratega Consulting Global.

**Esther Pereiras Neira.** Consultora Senior Estratega Consulting Global.

### COMISIÓN DE SEGUIMENTO\*

**Coro Piñeiro Vázquez.** Secretaria xeral de Política Social.

**Yolanda Maceiras Babío.** Xefa do Servizo de Atención á Dependencia.

**Purificación Vázquez Vázquez.** Xefa do Servizo de Programas de Promoción da Autonomía Persoal.

**Montserrat García Cedrón.** Coordinadora da Unidade de Coordinación da Dependencia.

**Carmen García Cancela.** Traballadora Social. Secretaria xeral de Política Social.

*\*\* Os cargos da administración correspóndense coa estrutura orgánica vixente en 2012.*

## ANEXO III. COMPOSICIÓN DOS GRUPOS DE TRABAJO PARA A ELABORACIÓN DA ESTRATEXIA E GRUPOS DE INVESTIGACIÓN PARTICIPANTES NA CONSULTA

### GRUPOS DE TRABAJO PARA A ELABORACIÓN DA ESTRATEXIA:

#### GRUPO DE TRABAJO 1 (G1): PERSOAL TÉCNICO DA CONSELLERÍA DE TRABAJO E BENESTAR (A. BENESTAR) E PERSOAL TÉCNICO/DIRECTIVO DE CENTROS DE ATENCIÓN ADSCRITOS Á CONSELLERÍA

##### Participantes

Consortio Galego de Servizos de Igualdade e Benestar, adscrito á Consellería de Traballo e Benestar.

Departamento Territorial de Lugo da Secretaría Xeral de Política Social, Consellería de Traballo e Benestar.

Departamento Territorial de Ourense da Secretaría Xeral de Política Social, Consellería de Traballo e Benestar.

Residencia de persoas maiores de Ferrol, Consellería de Traballo e Benestar.

Residencia de persoas maiores das Gándaras, Consellería de Traballo e Benestar.

Residencia de maiores Torrente Ballester, Consellería de Traballo e Benestar.

Servizo de Cooperación coas Corporacións Locais, Subdirección Xeral de Inclusión Social e Cooperación coas Corporacións Locais. Secretaría Xeral de Política Social, Consellería de Traballo e Benestar.

Servizo de Programas de Promoción da Autonomía Persoal, Subdirección Xeral de Promoción da Autonomía Persoal. Secretaría Xeral de Política Social, Consellería de Traballo e Benestar.

Subdirección Xeral de Autorización e Inspección de Servizos Sociais, Consellería de Traballo e Benestar.

#### GRUPO DE TRABAJO 2 (G2): DEPARTAMENTOS DA ADMINISTRACIÓN

##### Participantes

Axencia para a Modernización Tecnolóxica de Galicia (AMTEGA), adscrita á Consellería de Presidencia, Administracións Públicas e Xustiza.

Delegación do Goberno, Secretaría de Estado de Administracións Públicas, Ministerio de Facenda e Administracións Públicas.

Dirección Xeral da Función Pública, Consellería de Facenda.

Dirección Xeral de Relacións Laborais, Consellería de Traballo e Benestar.

Dirección Xeral de Xuventude e Voluntariado, Consellería de Traballo e Benestar.

Consellería de Cultura, Educación e Ordenación Universitaria.

Consellería do Medio Rural e do Mar.

Consellería de Sanidade.

Secretaría Xeral para o Deporte, Consellería de Presidencia, Administracións Públicas e Xustiza.

Secretaría Xeral de Medios, Consellería de Presidencia, Administracións Públicas e Xustiza.

#### **IV. ANEXOS**

#### **ANEXO III: COMPOSICIÓN DOS GRUPOS DE TRABALLO PARA A ELABORACIÓN DA ESTRATEXIA E GRUPOS DE INVESTIGACIÓN PARTICIPANTES NA CONSULTA**

### **GRUPO DE TRABALLO 3 (G3): ENTIDADES DE PERSOAS MAIORES**

#### **Participantes**

Federación de Asociacións Galegas de Familiares de Enfermos de Alzheimer e outras demencias.  
Federación Territorial de Asociacións de Pensionistas de Galicia.

### **GRUPO DE TRABALLO 4 (G4): ENTIDADES DO ÁMBITO DA DISCAPACIDADE**

#### **Participantes**

Federación Autismo Galicia.  
Confederación Galega de Persoas con Discapacidade (COGAMI).  
Federación Galega de Institucións para a Síndrome de Down (DOWN GALICIA).  
Federación de Asociacións en favor das Persoas con Discapacidade Intelectual de Galicia (FADEMGA).  
Federación de Asociacións de Persoas Xordas de Galicia (FAXPG)  
Federación Galega de Dano Cerebral (FEGADACE).  
Organización Nacional de Cegos Españoles (ONCE)

### **GRUPO DE TRABALLO 5 (G5): COLEXIOS PROFESIONAIS DO ÁMBITO SOCIAL E SANITARIO**

#### **Participantes**

Consello de Colexios de Médicos de Galicia.  
Colexio de Educadoras e Educadores Sociais de Galicia.  
Colexio Oficial de Fisioterapeutas de Galicia.  
Ilustre Colexio Oficial de Licenciadas/os en Educación Física e en Ciencias da Actividade Física e do Deporte de Galicia.  
Colexio Oficial de Psicoloxía de Galicia.  
Colexio Oficial de Traballo Social de Galicia.  
Colexio Profesional de Logopedas de Galicia.  
Equipo de Valoración da Dependencia da Xefatura Territorial de A Coruña (terapeuta ocupacional), Secretaría Xeral de Política Social, Consellería de Traballo e Benestar.

### **GRUPO DE TRABALLO 6 (G6): FEDERACIÓN GALEGA DE MUNICIPIOS E PROVINCIAS (FEGAMP)**

#### **Participantes**

Concello da Baña.  
Concello de Lugo.  
Concello de Ourense.  
Concello de Pedrafita do Cebreiro.  
Concello de Sanxenxo.

### **GRUPO DE TRABALLO 7 (G7): EMPRESAS PROVEDORAS DE SERVIZOS**

#### **Participantes**

Adapta Social, SL  
Atendo Calidade, SL  
SIAD 24 Galicia, SL



## GRUPO DE TRABALLO 8 (G8): AXENTES SOCIAIS E INSTITUTOS (DE ESTUDOS, PREVENCIÓN DE RISCOS LABORAIS ...)

### Participantes

Sindicato Nacional de Comisións Obreiras de Galicia.

Confederación de Empresarios de Galicia.

Instituto Universitario de Estudos e Desenvolvemento de Galicia, Universidade de Santiago de Compostela.

Instituto Galego de Seguridade e Saúde Laboral, Consellería de Traballo e Benestar.

UGT Galicia.

## GRUPOS DE INVESTIGACIÓN E PLATAFORMAS DE INNOVACIÓN PARTICIPANTES NO PROCESO DE CONSULTA:

1. NEUROCIENCIA COGNITIVA E AFECTIVA. Psicoloxía Clínica e Psicobioloxía, Universidade de Santiago de Compostela.
2. NEUROCIENCIA COGNITIVA: PSICOFISIOLOXÍA DOS PROCESOS E APLICACIÓNS. Psicoloxía Clínica e Psicobioloxía, Universidade de Santiago de Compostela.
3. TERCEIRA XERACIÓN. Teoría da Educación, Historia da Educación e Pedagogía Social, Universidade de Santiago de Compostela.
4. PSICOLOXÍA DO CONSUMIDOR E USUARIO. Psicoloxía Social e Básica e Metodoloxía, Universidade de Santiago de Compostela.
5. UNIDADE DE TRASTORNOS DO ESPECTRO AUTISTA E XERAIS DO DESENVOLVEMENTO. Psicoloxía Evolutiva e da Educación, Universidade da Coruña.
6. XERONTOLOXÍA. Medicina, Universidade da Coruña.
7. NEUROCIENCIA E CONTROL MOTOR. Medicina, Universidade da Coruña.
8. REDES DE NEURONAS ARTIFICIAIS E SISTEMAS ADAPTATIVOS - INFORMÁTICA MÉDICA E DIAGNÓSTICO RADIOLÓXICO. Tecnoloxías da Información e as Comunicacóns, Universidade da Coruña.
9. DIAGNÓSTICO MOLECULAR E COMPORTAMENTAL APLICADO A SAÚDE. Psicoloxía, Universidade da Coruña.
10. EQUIPO DE PSICOLOXÍA EVOLUTIVA DA EDUCACIÓN. Psicoloxía e Comunicación, Universidade de Vigo.
11. EQUIPO DE INVESTIGACIÓN EN DIVERSIDADE EDUCATIVA. Didáctica, Organización Escolar e Métodos de Investigación, Universidade de Vigo.
12. SAÚDE PÚBLICA E NEUROLOXÍA. Bioloxía Funcional e Ciencias da Saúde, Universidade de Vigo.
13. VINDEIRA, Grupo de traballo TIC saúde. Plataforma Tecnolóxica das Tecnoloxías da Información e das Comunicacóns (TIC) de Galicia.
14. EPIDEMIOLOXÍA, SAÚDE PÚBLICA E AVALIACIÓN DE SERVIZOS DE SAÚDE. Psiquiatría, Radioloxía e Saúde Pública, Universidade de Santiago de Compostela.
15. SARANDESES GARCÍA, ADOLFO. Medicina, Universidade da Coruña.

## ANEXO IV. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

### DOCUMENTOS RELATIVOS Á ADMINISTRACIÓN XERAL DO ESTADO

- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. *Atención a las personas en situación de dependencia en España - Libro Blanco*. Madrid: Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad - Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2005.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. *Borrador de acuerdo sobre criterios, recomendaciones y condiciones mínimas para la elaboración de los planes de prevención de las situaciones de dependencia*. Secretaría General de Política Social - Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2009.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. *Envejecimiento Activo - Libro Blanco*. Madrid: Secretaría General de Política Social y Consumo - Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2011.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. “*Proyecto de acuerdos sobre criterios, recomendaciones y condiciones mínimas para la elaboración de los planes de prevención de las situaciones de dependencia*”. 2012.
- *Estratexia para a abordaxe da cronicidade no Sistema Nacional de Saúde*. Sanidade 2012. Estrategia aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 27 de junio de 2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

### DOCUMENTOS RELATIVOS ÁS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

- Agencia Vasca de la Innovación. *Estrategia de Innovación Social. Una ventana de oportunidad para Euskadi*. Febrero 2011.
- Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad. *Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014*.
- Comunidad de Madrid. *Plan Estratégico de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid 2005-2008*.
- Consejo de Ibiza. *Plan de Atención Sociosanitaria y de Prevención y Atención a la Dependencia de Ibiza 2009-2014*.
- Generalitat de Cataluña, Departamento de Bienestar Social y Familia. *Plan Estratégico de Servicios Sociales de Cataluña 2010-2013*.
- Generalitat de Cataluña, Departamento de Salud. *Plan de Salud de Cataluña 2011-2015*.
- Generalitat de Cataluña. *Pla de Qualitat de Serveis Socials de Catalunya 2010-2013*. Barcelona: Departament de Benestar Social i Família.
- Generalitat de Cataluña. *Pla Director de Recerca i Innovació en Serveis Socials 2010-2013*. Barcelona: Departament d'Acció Social i Ciutadania, 2010.
- Gobierno de Aragón , Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales. *Plan Estratégico 2002-2010 de Atención a la Salud Mental en la Comunidad de Aragón*.
- Gobierno de Aragón, Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales. *Estrategias de Salud 2003-2007*.
- Gobierno de Cantabria, Consejería de Empleo y Bienestar Social. *Atención a la dependencia en Cantabria. Estimación de necesidades y recursos de atención 2015*.

- Gobierno de Cantabria, Consejería de Sanidad. *II Plan de Actuación: Salud de las Mujeres 2008-2011*.
- Gobierno de Cantabria. *Manual de formación: La atención y el cuidado de las personas en situación de dependencia* (material elaborado y cedido polo Gobierno de Aragón). Consejería de Empleo y Bienestar Social – Dirección General de Políticas Sociales, 2011.
- Gobierno de las Islas Baleares / Antares Consulting. *Planificación de servicios sociales para personas mayores con dependencia 2011-2015*. 2010.
- Gobierno de las Islas Baleares, Consejería de Asuntos Sociales, Promoción e Inmigración. *Plan Estratégico de Servicios Sociales 2011-2014*.
- Gobierno de Navarra, Departamento de Salud. *Plan de Salud de Navarra 2006-2012*.
- Gobierno de Navarra. *Plan estratégico de Servicios Sociales de Navarra 2008-2012*. Pamplona: Departamento de Política Social, Igualdad, Deporte y Juventud, 2008.
- Gobierno del Principado de Asturias. *Guía de atención a las personas cuidadoras*. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios - Servicio de Salud del Principado de Asturias, 2006.
- Gobierno Vasco, Departamento de Empleo y Asuntos Sociales. *Cien Propuestas para Avanzar en el Bienestar y el Buen Trato a las Personas que Envejecen. Bases para un Plan de Acción*. Septiembre 2011.
- Gobierno Vasco, Departamento de Empleo y Asuntos Sociales. *Plan Estratégico de Servicios Sociales 2011-2014*.
- Gobierno Vasco, Departamento de Sanidad. *De la Excelencia a la Innovación. Plan Estratégico 2008-2012*.
- Govern de les Illes Balears. *Catàleg d'Activitats dels serveis de promoció de l'autonomia personal*. Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració – Direcció General d'Atenció a la Dependència, 2008.
- Jordi Tudela Fernández. *El Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia en Cataluña*. Programa para el Impulso y la ordenación de la promoción de la autonomía personal y la atención de las personas con dependencia de la Generalitat de Cataluña.
- Junta de Andalucía, Consejería de Salud. *II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012*.
- Junta de Andalucía, Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. *II Plan de Acción Integral para las personas con Discapacidad en Andalucía 2011-2013*.
- Junta de Andalucía. *Cuidarte: Una estrategia para los cuidados en Andalucía del siglo XXI*. Sevilla: Consejería de Salud – Servicio Andaluz de Salud, 2007.
- *Plan Vasco de Actividad Física AKTIBILI*. Noviembre 2011.
- Xunta de Galicia. Borrador do proxecto do Decreto polo que se define a carteira de servizos sociais para a promoción da autonomía persoal e a atención ás persoas en situación de dependencia e se determina o sistema de participación das persoas usuarias no financiamento do seu custo.
- Xunta de Galicia. *Estrategia SERGAS 2014. La Sanidad Pública al Servicio del Paciente*. Servizo Galego de Saúde.

#### IV. ANEXOS

##### ANEXO IV: BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Xunta de Galicia. *Plan de acción integral para as persoas con discapacidade Galicia, 2010-2013*. Consellería de Traballo e Benestar. Versión outubro 2011.
- Xunta de Galicia. *Plan de actuación social de Galicia 2010-2020*. Consellería de Traballo e Benestar, 2010.
- Xunta de Galicia. *Plan de prioridades sanitarias 2011 – 2014*. Consellería de Sanidade - Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública. Xuño 2011.
- Xunta de Galicia. *Plan galego das persoas maiores 2010-2013*. Consellería de Traballo e Benestar.
- Xunta de Galicia. *Plan galego de investigación, innovación e crecemento 2011-2015 (i2c)*. Consellería de Economía e Industria - Dirección Xeral de Investigación, Desenvolvemento e Innovación, 2011.
- Xunta de Galicia. *Plan galego para o fomento da actividade física 2011-2015 (alianza estratéxica horizonte 2020): Galicia Saudable*. Secretaría Xeral para o Deporte, 2011.

#### OUTROS DOCUMENTOS

- AA.VV. *Estudio: prevención dependencia. Preparación para la jubilación – DOS*. GIE Grupo Investigación Envejecimiento. Barcelona.
- *Active ageing in Europe: managing the transitions from work to retirement*. Günther Schmid. Introductory speech to the conference on the European Social Model: “Joining forces for a social Europe” under the German European Presidency in Nuremberg, 8-9 February 2007, workshop 1: Careers at age 50 to 65.
- Albarrán, I. e Alonso, P. *La población dependiente en España: estimación del número y coste global asociado a su cuidado*. Estudios de Economía. Vol. 36 - Nº 2, pp. 127-163.
- Albarrán, I.; Alonso, P. e Fajardo, M. A. (2011). *Estimación y proyección del número y coste asociado de la atención de personas dependientes en España: un enfoque regional*. Investigaciones Regionales, vol. 19, pp. 5-23
- *Envejecimiento activo. Un modelo de intervención*. Estudio sobre el impacto de las actividades de envejecimiento activo en la comarca de A Limia (Ourense). Cáritas Diocesana de Ourense, 2012.
- *Estimación do número de persoas que poden cumprir cos criterios de lexibilidade da lei de dependencia 2010-2020*. Documento de traballo facilitado polo Instituto Universitario de Estudos e Desenvolvemento de Galicia.
- *Health and social care in aging population: an integrated care institution for the elderly in Greece*. International Journal of Integrated Care – Vol. 3, 22 October 2003.
- Jiménez-Martín, S. et al. *Aspectos económicos de la dependencia y el cuidado informal en España*. 2007. Universidad Pompeu Fabra y Fundación de Estudios de Economía Aplicada, 2007.
- *Modelos de atención sociosanitaria. Una aproximación a los costes de la dependencia*. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), 2002. Gregorio Rodríguez Cabrero, Julia Monserrat Codorniu.

- Montserrat, J. (2007). *El impacto de la Ley de dependencia y del efecto demográfico en los gastos de los cuidados de larga duración*. Estudios de economía aplicada, Vol. 25, n.º 2, pp, 379-406
- Moragas Moragas, R. e Cristofol Allue, R. *O custo da dependencia ao envellecer*. Herder, 2003.
- *Prevención da dependencia: preparación da xubilación I*. Universidad de Barcelona, 2006. Grupo de Investigación do Envelhecimento da Universidade de Barcelona (dirixido polo Dr. Ricardo Moragas).
- *Prevención da dependencia: preparación da xubilación II*. Caixa Catalunya, 2007. Grupo de Investigación do Envelhecimento da Universidade de Barcelona (dirixido polo Dr. Ricardo Moragas).
- *Prevention and rehabilitation within long-term care across Europe*. European Overview Paper. Berlin/Copenhagen/Vienna, May 2010. INTERLINKS (2008-2011), health systems and long-term care for older people in Europe – Modelling the ITERfaces and LINKS between prevention, rehabilitation, quality of services and informal care.
- *Proxeccións demográficas de Galicia 2011-2030. Análise dos resultados*. Instituto Universitario de Estudos e Desenvolvemento de Galicia.
- Redero Bellido, H. *Identidad social del cuidador*. II Jornadas de cuidadores familiares. Alicante, 2007.
- Rodríguez, G. Montserrat, J. (2002): *Modelos de atención sociosanitaria. Una aproximación a los costes de la dependencia*. IMSERSO. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.
- Unión Europea. Comunicación da Comisión ao Parlamento Europeo e ao Consello - Levar adiante o Plan estratéxico de aplicación da cooperación de innovación europea sobre o envelhecimento activo e saudable. COM (2012) 83 final.

## NORMATIVA CONSULTADA

- Lei 39/2006, do 14 de decembro, de promoción da autonomía persoal e atención ás persoas en situación de dependencia. BOE 299, do 15 de decembro de 2006.
- Lei 13/ 2008, do 3 de decembro, de servizos sociais de Galicia. DOG n.º 245, do 18 de decembro
- de 2008. Real Decreto 1224/2009, do 17 de xullo, de recoñecemento das competencias profesionais adquiridas por experiencia laboral. BOE 205, do 25 de agosto de 2009.
- Decreto 15/2010, do 4 do febreiro, polo que se regula o procedemento para o recoñecemento da situación de dependencia e do dereito ás prestacións do sistema para a autonomía e atención á dependencia, o procedemento para a elaboración do Programa individual de atención e a organización e funcionamento dos órganos técnicos competentes. DOG n.º 34, do 19 de febreiro de 2010.
- Real Decreto 174/2011, do 11 de febreiro, polo que se aproba o baremo de valoración da situación de dependencia establecido pola Lei 39/2006, do 14 de decembro, de promoción da autonomía persoal e atención ás persoas en situación de dependencia. BOE n.º 42, do 18 de febreiro de 2011.

## IV. ANEXOS

### ANEXO IV: BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Decreto 148/2011, do 7 de xullo, polo que se modifica o Decreto 15/2010, do 4 de febreiro, polo que se regula o procedemento para o recoñecemento da situación de dependencia e do dereito ás prestacións do sistema para a autonomía e atención á dependencia, o procedemento para a elaboración do Programa individual de atención e a organización e o funcionamento dos órganos técnicos competentes (DOG n.º 141, do 22 de xullo de 2011).
- Resolución do 30 de setembro de 2011, da Secretaría General de Política Social y Consumo, pola que se publica o acordo do Consello Territorial del Sistema para a Autonomía e Atención á Dependencia, sobre criterios comúns para a conceptualización, elaboración e avaliación de boas prácticas no sistema para a autonomía e atención á dependencia. BOE n.º 268, do 7 de novembro de 2011.
- Orde do 2 de xaneiro de 2012 de desenvolvemento do Decreto 15/2010, do 4 de febreiro, polo que se regula o procedemento para o recoñecemento da situación de dependencia e do dereito ás prestacións do Sistema para a Autonomía e a Atención á Dependencia, o procedemento para a elaboración do programa individual de atención e a organización e funcionamento dos órganos técnicos competentes. DOG n.º 9, do 13 de xaneiro de 2012.
- Real decreto-lei 20/2012, do 13 de xullo, de medidas para garantir a estabilidade orzamentaria e de fomento da competitividade. BOE n.º 168, do 14 de xullo de 2012.
- Orde do 9 de agosto de 2012 pola que se modifica a Orde do 2 de xaneiro de 2012, de desenvolvemento do Decreto 15/2010, do 4 de febreiro, polo que se regula o procedemento para o recoñecemento da situación de dependencia e do dereito ás prestacións do sistema para a autonomía e atención á dependencia, o procedemento para a elaboración do programa individual de atención e a organización e funcionamento dos órganos técnicos competentes. DOG n.º 157, do 20 de agosto de 2012.
- Orde do 12 de setembro de 2012 pola que se aproba a Carta de servizos do Sistema para a autonomía e atención á dependencia. DOG n.º 178, do 18 de setembro de 2012.
- Resolución do 12 de novembro de 2012, da Dirección Xeral de Formación e Colocación, pola que se realiza a convocatoria pública do procedemento de recoñecemento das competencias profesionais adquiridas a través da experiencia laboral, na Comunidade Autónoma de Galicia, en determinadas unidades de competencia do Catálogo Nacional de Cualificacións Profesionais. DOG n.º 219, do 16 de novembro de 2012.

### FONTES DE DATOS ESTADÍSTICOS

- Afiliacións á Seguridade Social en Galicia. Instituto Galego de Estatística.
- *Análise da sinistralidade laboral por accidentes de tráfico. Ano 2010*. Observatorio Galego de Condicións de Traballo, Instituto Galego de Seguridade e Saúde Laboral. Decembro 2011.
- *Análise dos accidentes laborais por sobreesforzos 2010*. Observatorio Galego de Condicións de Traballo, Instituto Galego de Seguridade e Saúde Laboral. Febreiro 2012.
- *Censo de persoas con discapacidade de Galicia*. Consellería de Traballo e Benestar.
- *Encuesta de discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia (EDAD)*. Ano 2008. Ministerio de Sanidade e Política Social.

- *Enquisa de condicións de traballo en Galicia*. Observatorio Galego de Condicións de Traballo, Instituto Galego de Seguridade e Saúde Laboral (ISSGA). 1.ª edición, 2011.
- *Enquisa de condicións de vida das familias*. Módulo dependencia 2007 e 2011. Instituto Galego de Estatística.
- Enquisa de poboación activa do Instituto Galego de Estatística.
- *Enquisa sobre discapacidades, autonomía persoal e situacións de dependencia 2008* (datos para Galicia). Instituto Nacional de Estatística.
- *Estudo dos accidentes laborais non traumáticos 2007 – 2010*. Observatorio Galego de Condicións de Traballo, Instituto Galego de Seguridade e Saúde Laboral. Febreiro 2012.
- Índices de envellecemento e sobreenvellecemento. Instituto Galego de Estatística.
- Información tributaria relativa ás persoas asalariadas, percepcións salariais e salarios por idade e sexo en Galicia. Instituto Galego de Estatística.
- Padrón municipal de habitantes. Instituto Galego de Estatística.
- *Sinistralidade laboral, Galicia 2011*. Observatorio Galego de Condicións de Traballo, Instituto Galego de Seguridade e Saúde Laboral (ISSGA).
- *Sistema nacional de dependencia*. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), datos 2011 e 2012.

### PÁXINAS WEB CONSULTADAS

- Páxina web do proxecto europeo “HealthPro Elderly (2006-2008), evidence-based guidelines on health promotion for older people: social determinants, inequality and sustainability”: [http://www.healthproelderly.com/models\\_of\\_good\\_practice.php](http://www.healthproelderly.com/models_of_good_practice.php)
- Páxina web do proxecto europeo INTERLINKS (2008-2011), health systems and long-term care for older people in Europe – Modelling the ITERfaces and LINKS between prevention, rehabilitation, quality of services and informal care, do VII Programa Marco: <http://interlinks.euro.centre.org/>
- Páxina web da “European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing”: <https://webgate.ec.europa.eu/eipaha/>
- Páxina web do Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: <http://www.msc.es/>
- Páxina web do Ministerio de Educación, Cultura e Deporte: <http://www.mecd.gob.es/portada-mecd/>
- Páxina web do Consejo Superior de Deportes: <http://www.csd.gob.es/>
- Páxina web da Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición: <http://www.aesan.msc.es/>
- Páxina web do Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo: <http://www.insht.es/portal/site/Insht/statistics/statsite.html>
- Páxina web do Instituto de Mayores y Servicios Sociales: [http://www.imserso.es/imserso\\_01/index.htm](http://www.imserso.es/imserso_01/index.htm)

#### IV. ANEXOS

##### ANEXO IV: BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Páxina web do Portal Mayores: <http://www.imsersodependencia.csic.es/index.html>
- Páxina web do Plan Integral para la Actividad Física y el Deporte (Plan A+D): <http://www.planamasd.es/programas/mayores/medidas>
- Páxina web da Consellería de Traballo e Benestar e Servizo Galego de Atención á Dependencia: [http://benestar.xunta.es/web/portal/dependencia/servizo-galego-de-atencion-e-dependencia?d\\_m=360](http://benestar.xunta.es/web/portal/dependencia/servizo-galego-de-atencion-e-dependencia?d_m=360)
- Páxina web do Servizo Galego de Saúde e da Plataforma de Innovación: [http://www.sergas.es/MostrarContidos\\_N2\\_TO1.aspx?IdPaxina=62806](http://www.sergas.es/MostrarContidos_N2_TO1.aspx?IdPaxina=62806)
- Páxina web do Consorcio Galego de Servizos de Igualdade e Benestar: <http://www.igualdadebenestar.org/>
- Páxina web da Secretaría Xeral para o Deporte: <http://deporte.xunta.es/>
- Páxina web do Instituto Galego de Estatística: <http://www.ige.eu/web/index.jsp?idioma=gl>
- Páxina web do Instituto Galego de Seguridade e Saúde Laboral: <http://www.issga.es/index.php>
- Páxina web do Instituto Universitario de Estudos e Desenvolvemento de Galicia: <http://www.usc.es/idega/>
- Páxina web da Fundación Pública Galega para a Tutela de Persoas adultas: <http://www.funga.org/index.php>
- Catálogo de grupos de investigación da Universidade de Vigo: <http://www.otri.uvigo.es/public/www/busqueda/WebBusqueda.jsp?idioma=id1>
- Catálogo de grupos de investigación da Universidade da Coruña: <http://bdi.udc.es/pubsivi?MIval=/PUB/RGI/CATALOGO/entrada.html&idioma=c>
- Catálogo de grupos de investigación da Universidade de Santiago de Compostela: <http://imaisd.usc.es/seccion.asp?i=gl&s=-126-191-196>
- Páxina web da Consejería de Salud y Bienestar Social de Andalucía: <http://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludybienestarsocial.html>, a que está adscrita a Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía: <http://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludybienestarsocial/consejeria/adscritos/assda.html>
- Páxina web da Asociación de Persoas con Discapacidade “El Saliente”: <http://www.elsaliente.com/>
- Páxina web do Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia de Aragón: <http://www.aragon.es/DepartamentosOrganismosPublicos/Departamentos/SanidadBienestarSocialFamilia>
- Páxina web do Instituto Aragonés de Servicios Sociales: <http://iass.aragon.es/>
- Páxina web da Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de Cantabria: <http://www.saludcantabria.org/>
- Páxina web da Fundación Cántabra Salud y Bienestar Social: <http://www.fcsbs.com/>
- Páxina web do Instituto Cántabro de Servicios Sociales: <http://www.serviciosocialescantabria.org/>



- Páxina web do Departament de Benestar Social i Família da Generalitat de Catalunya:  
[http://www20.gencat.cat/portal/site/bsf/?newLang=es\\_ES](http://www20.gencat.cat/portal/site/bsf/?newLang=es_ES)
- Páxina web do Institut Català d'Assistència i Serveis Socials (ICASS):  
[http://www10.gencat.cat/sac/AppJava/organisme\\_fitxa.jsp?codi=5921](http://www10.gencat.cat/sac/AppJava/organisme_fitxa.jsp?codi=5921)
- Páxina web da Conselleria de Salut i Consum de les Illes Balears:  
<http://saluticonsum.caib.es/index.ca.html>
- Páxina web da Dirección General de Coordinación de la Dependencia da Comunidad de Madrid: [http://www.madrid.org/cs/Satellite?pagename=ComunidadMadrid/Estructura&language=es&idListConsj=1109265444710&idConsejeria=1109266187278&packedArgs=idOrganismo%3D1142310681515%26cid%3D1142310681515%26c%3DCM\\_Agrupador\\_FP](http://www.madrid.org/cs/Satellite?pagename=ComunidadMadrid/Estructura&language=es&idListConsj=1109265444710&idConsejeria=1109266187278&packedArgs=idOrganismo%3D1142310681515%26cid%3D1142310681515%26c%3DCM_Agrupador_FP)
- Páxina web do Departamento de Políticas Sociales do Gobierno de Navarra:  
[http://www.navarra.es/home\\_es/Gobierno+de+Navarra/Organigrama/Los+departamentos/A+suntos+ Sociales+Familia+Juventud+y+Deporte/](http://www.navarra.es/home_es/Gobierno+de+Navarra/Organigrama/Los+departamentos/A+suntos+ Sociales+Familia+Juventud+y+Deporte/)
- Páxina web do Departamento de Empleo y Políticas Sociales do Gobierno Vasco:  
<http://www.gizartelan.ejgv.euskadi.net/r45-home/es/>
- Páxina web do Instituto Foral de Bienestar Social de Álava:  
[http://www.alava.net/cs/Satellite?pagename=IFBS/Page/IFBS\\_home](http://www.alava.net/cs/Satellite?pagename=IFBS/Page/IFBS_home)
- Páxina web do Departamento de Política Social da Diputación Foral de Gipuzkoa:  
[http://www.gizartepolitika.net/index\\_c.php](http://www.gizartepolitika.net/index_c.php)
- Páxina web do Departamento de Acción Social da Diputación Foral de Bizkaia:  
[http://www.bizkaia.net/home2/Temas/DetalleDepartamento.asp?Tem\\_Codigo=3&idioma=CA](http://www.bizkaia.net/home2/Temas/DetalleDepartamento.asp?Tem_Codigo=3&idioma=CA)

## INFORMES E DOCUMENTOS ELABORADOS NO MARCO DO PROXECTO

- Documento sobre a visión 2020 do sector da acción 1 de orientación estratéxica do proxecto “envejecimiento + activo”.
- Proxecto envellecemento+activo. Actividade 1: Comité transfronteirizo de expertos/as en prevención e detección precoz da dependencia. Versión xuño de 2012.
- Análise de solucións TIC para a atención a persoas maiores. Observatorio Galego de Novas Tecnoloxías ao Servizo das Persoas Maiores e a Dependencia. Universidade de Vigo e Consellería de Traballo e Benestar, 2012.
- Observatorio Galego de Novas Tecnoloxías ao Servizo das Persoas Maiores e a Dependencia. Informe da Universidade de Santiago de Compostela.

## ANEXO V. ÍNDICE DE GRÁFICOS E MAPAS

### GRÁFICOS

Gráfico 1. Representatividade da poboación de persoas maiores sobre a poboación total: Galicia e provincias	13
Gráfico 2. Evolución de mulleres e de homes maiores en Galicia no último decenio	14
Gráfico 3. Distribución provincial das persoas maiores en Galicia 2011: global, mulleres e homes	15
Gráfico 4. Evolución do índice de envellecemento en Galicia no último decenio	16
Gráfico 5. Evolución do índice de sobreenvellecemento en Galicia no último decenio	17
Gráfico 6. Situación actual e evolución prevista da poboación galega para 2015 e 2020, hipóteses sen e con migracións	18
Gráfico 7. Evolución prevista da poboación galega entre os lustros 2010-2015 e 2015-2020	19
Gráfico 8. Evolución prevista da poboación galega por grandes grupos	20
Gráfico 9. Evolución prevista da poboación galega de 65 e máis anos por subgrupos de idade, entre os lustros 2010-2015, 2015-2020 e total 2010-2020. Porcentaxes de variación	21
Gráfico 10. Evolución prevista da poboación galega de 65 e máis anos por subgrupos	22
Gráfico 11. Pirámide demográfica galega e actividade segundo os rangos de idade e por sexo	25
Gráfico 12. Poboación activa e poboación ocupada segundo rangos de idade e por sexo	26
Gráfico 13. Representatividade dos grupos de persoas asalariadas de máis idade	28
Gráfico 14. Salario medio anual no exercicio 2010 por sexo e rangos de idade	28
Gráfico 15. Percepción da exposición a riscos por tramos de idade	29
Gráfico 16. Consideración de que o traballo lle afecta á saúde por grupos de idade	31
Gráfico 17. Enfermidades profesionais con e sen baixa segundo a idade. Porcentaxe sobre o total	32
Gráfico 18. Accidentes laborais con baixa en xornada de traballo	33
Gráfico 19. Porcentaxes de accidentes laborais por grupos de idade	34
Gráfico 20. Taxa de incidencia da discapacidade por sexo e grupos de idade	35
Gráfico 21. Estrutura da poboación total e con discapacidade en Galicia por grupos de idade e sexo	36
Gráfico 22. Distribución porcentual da poboación con discapacidade por grao e sexo	38
Gráfico 23. Persoas con dependencia recoñecida por grao de dependencia. Distribución porcentual e números absolutos	39
Gráfico 24. Evolución 2012-2020 da poboación en situación de dependencia en Galicia por grao. Valores absolutos	40
Gráfico 25. Evolución no período observado da poboación en situación de dependencia en Galicia por grao e total. Porcentaxe de variación	41

### MAPAS

Mapa 1. Evolución prevista da poboación galega entre 2010 e 2020 por concellos	23
Mapa 2. Evolución prevista das densidades demográficas dos concellos entre 2015 e 2020	24
Mapa 3. Distribución da poboación con discapacidade (valores absolutos)	37

## ANEXO VI. ÍNDICE DE TÁBOAS

### TABOAS

Táboa 1. Poboación en Galicia 2011 por provincia e sexo	12
Táboa 2. Situación actual e proxeccións de poboación nas catro provincias galegas e no conxunto de Galicia, 2010, 2015 e 2020. Censos de poboación e hipóteses tendenciais sen e con* migracións	19
Táboa 3. Taxas de actividade e ocupación da poboación de 55 a 59 anos en Galicia por provincias e por sexo	26
Táboa 4. Taxas de actividade e ocupación da poboación de 60 a 64 anos en Galicia por provincias e por sexo	27
Táboa 5. Taxas de actividade e ocupación da poboación de 65 e máis anos en Galicia por provincias e por sexo	27
Táboa 6. Tres causas principais dos accidentes por grupos de idade	30
Táboa 7. Poboación con discapacidade por provincia e sexo	34
Táboa 8. Taxa de discapacidade por sexo	35
Táboa 9. Poboación con discapacidade en Galicia por idade e sexo	38
Táboa 10. Proxeccións de poboación en situación de dependencia maior de 16 anos en Galicia por grao de dependencia, 2015 e 2020	40
Táboa 11. Cadro resumo: áreas de actuación, obxectivos xerais e obxectivos operativos	59-60-61
Táboa 12. Cadro resumo estatístico: distribución de obxectivos operativos e de propostas por área	61

### ILUSTRACIÓNS

Ilustración 1. Razóns para unha estratexia de prevención da dependencia	53
Ilustración 2. Correspondencia entre os niveis de prevención e as áreas de actuación da estratexia	55

