

# A ATENCIÓN Á/AO PACIENTE INMOBILIZADA/O NO CENTRO DE SAÚDE DE RIBEIRA: RELACIÓN COAS AXUDAS DO SISTEMA DE ATENCIÓN Á DEPENDENCIA

---

*Rosalía Álvarez Álvarez, colexiada núm. 2361  
Traballadora Social SAP Ribeira - Servizo Galego de Saúde*

## **RESUMO:**

O presente artigo é un extracto do Traballo Fin de Grao realizado para a Escola Universitaria de Traballo Social da Universidade de Santiago de Compostela. Trátase dun estudo descritivo sobre a poboación incluída como paciente inmobilizado no Centro de Saúde de Ribeira, A Coruña, en relación coas axudas á dependencia.

As persoas que se encontran nesta situación de inmobilizadas poden estar ao mesmo tempo nunha situación de dependencia e, polo tanto, son susceptibles de recibir os servizos e prestacións da atención á dependencia, polo que, o interese deste artigo reside en coñecer o alcance destas axudas no devandito colectivo.

Por outra banda, pode resultar novo, comparar conceptos procedentes de distintos ámbitos, a «inmobilidade» sanitaria versus a «dependencia» social.

## **PALABRAS CLAVE:**

Atención primaria de saúde, dependencia, discapacidade paciente inmobilizada/o, traballo social sanitario.

## **RESUMEN:**

El presente artículo es un extracto del Trabajo Fin de Grado realizado para la Escuela Universitaria de Trabajo Social de la Universidad de Santiago de Compostela. Se trata de un estudio descriptivo sobre la población incluida como paciente inmobilizada/o en el Centro de Salud de Ribeira, A Coruña, en relación a las ayudas a la dependencia.

Las personas que se encuentran en esta situación de inmovilizada/o pueden estar al mismo tiempo, en una situación de dependencia, y, por tanto, son susceptibles de recibir los servicios y prestaciones de la atención a la dependencia, por lo que, el interés de este artículo reside en conocer el alcance de estas ayudas en dicho colectivo.

Por otra parte, puede resultar novedoso, comparar conceptos procedentes de distintos ámbitos, la “inmovilidad” sanitaria *versus* la “dependencia” social.

## **PALABRAS CLAVE:**

Atención primaria de salud, dependencia, discapacidad paciente inmovilizado, trabajo social sanitario.

## **ABSTRACT:**

This article is an excerpt from the end grade work done for the University School of Social work of the University of Santiago de Compostela. It is a descriptive study of the population included as a patient immobilized in the Centre of health of Ribeira, A Coruña, in relation to aid dependency.

People who find themselves in this situation of fixed assets may be at the same time, in a situation of dependency, and, therefore, are susceptible to receive the services and attention to dependency benefits, so, the interest of this article lies in knowing the scope of such aid in the collective said.

On the other hand, it may be new, compare concepts coming from different areas, «immobility» health *versus* social «dependence».

## **KEYWORDS:**

Primary health care, dependency, disability, immobilized patient, medical social work.

## **1. INTRODUCCIÓN**

**O Centro de Saúde de Ribeira.** Atópase no municipio do mesmo nome na provincia da Coruña. É considerado cabeceira de zona de saúde de atención primaria, é dicir, coordina outros centros tanto no ámbito municipal, (Consultorio de Corrubedo e Palmeira, Casa do Mar de Aguiño), como no ámbito intermunicipal, Centro de Saúde da Pobra do Caramiñal. Pertence á rede do Servizo Galego de Saúde que integra todos os centros, servizos e establecementos sanitarios da Administración autonómica galega, sobre os que exerce o goberno, a dirección e a xestión, co fin de garantir a asistencia sanitaria pública.

**O Traballo Social Sanitario.** No campo sanitario, o traballo social é definido por Ituarte (1994, p.277) como:

*A actividade profesional que ten por obxecto a investigación dos factores psicosociais que inciden no proceso saúde-enfermidade, así como o tratamento dos problemas psicosociais que aparecen con relación ás situacións de enfermidade, tanto se teñen que ver co seu desencadeamento coma se derivan daquelas.*

**A Atención Primaria de Saúde.** A Lei 16/2003, do 28 de maio, de cohesión e calidade del Sistema Nacional de Saúde, publicada no BOE n.º 128 de data 29 de maio de 2003, establece no artigo 12 en relación coas prestacións de atención primaria que:

A atención primaria é o nivel básico e inicial de atención, que garante a globalidade e continuidade da atención ao longo de toda a vida do paciente, actuando como xestor e coordinador de casos<sup>1</sup>.

Comprenderá actividades de promoción da saúde, educación sanitaria, prevención da enfermidade, asistencia sanitaria, mantemento e recuperación da saúde, así como a rehabilitación física e o traballo social.

**Paciente inmobilizada/o.** No documento *Procedementos clínicos de Atención Primaria* do Servizo Galego de Saúde, establécese a definición de paciente inmobilizada/o en base á cal selecciónase á poboación galega que se incluírá no *programa de atención á/ao paciente inmobilizado*, formando parte este programa da *Carteira de Servizos*<sup>2</sup> (Rodríguez, Calviño, Veira, 2004).

Enténdese por *paciente inmobilizado*, a persoa que pasa a maior parte do seu tempo na cama, que só pode abandonala con axuda doutras, e aquelas con dificultade importante para desprazarse, independentemente da causa, sendo o tempo previsible de duración desta circunstancia superior a dous meses (Álvarez, Bacariza, García, 2001).

Seguindo as directrices establecidas, en todos os centros de saúde da Comunidade Autónoma de Galicia desenvólvese a atención ao paciente inmobilizado, así en Ribeira, ao tratarse dun centro dotado con unidade de traballo social, ademais do persoal facultativo e de enfermería intervén a traballadora social, á que lle corresponde realizar a valoración social do paciente.

---

<sup>1</sup> Na mesma lei mencionada, defínese a xestión de casos como a estratexia que opera en ámbitos asistenciais e administrativos para individualizar, organizar e coordinar un conxunto de servizos e regulador de fluxos.

<sup>2</sup> A Carteira de Servizos é o conxunto de técnicas, tecnoloxías ou procedementos, entendendo por tales, cada un dos métodos, das actividades e dos recursos baseados no coñecemento e na experimentación científica, mediante os que se fan efectivas as prestacións sanitarias, Lei 8/2008, do 10 de xullo, de saúde de Galicia. *Diario Oficial de Galicia* n.º 143 do 24 de xullo de 2008.

Para iso utilízanse diversos soportes documentais, destacando o *protocolo social do paciente inmobilizado*. Nel, recóllense unha serie de datos divididos en cinco áreas:

- Paciente inmobilizada/o (datos persoais, discapacidade, incapacitación, convivintes<sup>3</sup>).
- Atención informal (coidadora ou coidador, situación deste relación coa coidadora ou coidador) e formal (recurso formal).
- Relacións sociais (tempo que pasa só, visitas, participación en actividades).
- Datos de vivenda/económicos (cambio de vivenda, tipo, réxime de tenencia, localización, amoreamento, ventilación, accesibilidade, equipamentos, situación económica, ingresos propios, ingresos do núcleo de convivencia).
- Valoración social. Campo da deficiencia ou situación de risco social (relacións familiares, atención formal/informal, vivenda, situación económica).

Coa progresiva implantación do programa lanus<sup>4</sup> en atención primaria de saúde, esta valoración realízase directamente en soporte electrónico. É unha ferramenta que permite integrar nun único sistema informático o historial clínico de cada paciente, independentemente do hospital ou centro de saúde de referencia. O seu obxectivo é dotar a todos as/os profesionais do Servizo Galego de Saúde dun medio potente e eficaz para a xestión da información clínica, dispoñendo dun modelo único e seguro de acceso á información das/dos pacientes, a través dun portal que permite o seu cumprimento, por parte destes profesionais, en apartados e campos de datos para incorporar información de saúde, funcional e social, como informes de saúde, informes de dependencia e escalas de valoración funcional, entre outros.

### **O sistema de atención á dependencia**

- **Orixe.** Seguindo a Secretaria de Estado no ano 2005 (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2005, p.18):

*Xurde para dotar de novos dereitos á cidadanía e fortalecer os valores e principios que inspiran a sociedade do benestar. Completar o “cuarto pilar” do Estado de Benestar, acercarnos aos niveis de cobertura de prestacións dos países do noso contorno europeo.*

---

<sup>3</sup> Documento elaborado antes da posta en marcha do Sistema de Atención á Dependencia, nas valoracións posteriores a esta data, 2007, engadiuse o recoñecemento do grao de dependencia.

<sup>4</sup> lanus inclúese dentro do Plan de tecnoloxías da información da sanidade galega para o novo espazo público *Rede de Saúde*. Xunta de Galicia (2006).

Isto plasmouse na Lei 39/2006, do 14 de decembro, de promoción da autonomía persoal e atención ás persoas en situación de dependencia. Regula as condicións básicas de promoción da autonomía persoal e de atención ás persoas en situación de dependencia mediante a creación dun Sistema para a Autonomía e Atención á Dependencia (SAAD).

O artigo 2 da citada lei define a dependencia como:

Estado de carácter permanente en que se encontran as persoas que, por razóns derivadas da idade, a enfermidade ou a discapacidade, e ligadas á falta ou á perda de autonomía física, mental, intelectual ou sensorial, precisan da atención doutra ou outras persoas ou axudas importantes para realizar actividades básicas da vida diaria ou, no caso das persoas con discapacidade intelectual ou enfermidade mental, doutros apoios para a súa autonomía persoal.

- **Axudas.** Agrúpanse en servizos e prestacións económicas.

**Servizos:**

Servizos de prevención das situacións de dependencia e os de promoción da autonomía persoal.

Servizo de teleasistencia

Servizo de axuda a domicilio: atención das necesidades do fogar e coidados persoais.

Servizo de centro de día e de noite: centro de día para maiores, centro de día para menores de 65 anos, centro de día de atención especializada e centro de noite.

Servizo de atención residencial: residencia de persoas maiores en situación de dependencia e centro de atención a persoas en situación de dependencia, en razón dos distintos tipos de discapacidade.

**Prestacións económicas:**

Prestación económica vinculada ao servizo.

Prestación económica para coidados no contorno familiar e apoio a coidadoras e coidadores non profesionais.

- **Graos de dependencia**

A situación de dependencia clasifícase nos seguintes graos:

- a) Grao I. Dependencia moderada: cando a persoa necesita axuda para realizar varias actividades básicas da vida diaria, polo menos unha vez ao día ou ten necesidades de apoio intermitente ou limitado para a súa autonomía persoal.

- b) Grao II. Dependencia severa: cando a persoa necesita axuda para realizar varias actividades básicas da vida diaria dúas ou tres veces ao día, pero non precisa o apoio permanente dunha coidadora ou coidador ou ten necesidades de apoio extenso para a súa autonomía persoal.
- c) Grao III. Gran dependencia: cando a persoa necesita axuda para realizar varias actividades básicas da vida diaria varias veces ao día e, pola súa perda total de autonomía física, mental, intelectual ou sensorial, necesita o apoio indispensable e continuo doutra persoa o ten necesidades de apoio xeneralizado para a súa autonomía persoal, económica e de asistencia persoal.

#### **- A dependencia e a súa valoración**

**Valoración da situación de dependencia.** Determínase mediante a aplicación do baremo que terá entre os seus referentes a Clasificación Internacional do Funcionamento, a Discapacidade e a Saúde (CIF), adoptada pola Organización Mundial da Saúde. O baremo valora a capacidade da persoa para levar a cabo por si mesma as actividades básicas da vida diaria, así como a necesidade de apoio e supervisión para a súa realización por persoas con discapacidade intelectual ou con enfermidade mental.

**Procedemento para o recoñecemento da situación de dependencia e do dereito ás prestacións do sistema.** Iniciarase a instancia da persoa que poida estar afectada por algún grao de dependencia ou de quen ostente a súa representación, a súa tramitación axustase ao procedemento administrativo común.

O recoñecemento da situación de dependencia efectuarase mediante resolución expedida pola administración autonómica correspondente á residencia da persoa solicitante. Esta resolución determina os servizos ou prestacións que lle correspondan.

**Programa Individual de Atención.** Os servizos sociais públicos establecen un Programa Individual de Atención no que se determinarán as modalidades de intervención máis adecuadas ás necesidades de entre os servizos e as prestacións económicas previstas na resolución para o seu grao e nivel, coa participación tras a consulta e, se é o caso, elección entre as alternativas propostas da beneficiaria ou beneficiario e, se é o caso, da súa familia ou entidades tutelares que os representen.

Poderán ser revisados, ao igual que o grado, os servizos e as prestacións, nas formas establecidas.

## **2. PROCESO METODOLÓXICO**

É un estudo descritivo, a partir de fontes secundarias, mediante un tratamento de datos manual.

## Obxectivos

### Xeral:

- Estudar o perfil e características das persoas incluídas no programa de atención aos pacientes inmobilizados do Centro de Saúde de Ribeira e a súa situación en relación as axudas á dependencia.

### Específicos:

- Coñecer as características sociodemográficas: sexo, idade, estado civil.
- Analizar as variables vinculadas á situación de paciente inmobilizado: tempo e causas da situación.
- Analizar a súa relación coas solicitudes de valoración de dependencia: data de inicio solicitude valoración, resolución grao nivel, Programa Individual de Atención, servizo ou prestación, tempo transcorrido.

**Poboación obxecto de estudo.** Persoas incluídas no programa de atención a pacientes inmobilizados, é dicir, aquelas que requiren atención no seu domicilio, con episodio aberto por tal motivo na historia clínica electrónica, 138 do Centro de Saúde de Ribeira (A Coruña) o 31 decembro de 2012.

### Técnica de recollida de datos. Análise de fontes secundarias:

En soporte electrónico: Historia Clínica Electrónica, Sistema Informático Ianus do Servizo Galego de Saúde, Programa SIGAD Xestión de Expedientes de Dependencia, Consellería de Traballo e Benestar, Xunta de Galicia.

En soporte mixto: documentación propia da unidade de traballo social do centro de saúde de Ribeira, historias sociais, informes sociais de dependencia.

### Tratamento de datos. Tratamento manual

## 3. RESULTADOS

### Características sociodemográficas.

Neste apartado as variables tidas en conta foron sexo, idade e estado civil.

O 72,5% da poboación son mulleres e el 27,5% homes, como queda reflectido no seguinte diagrama sectorial:

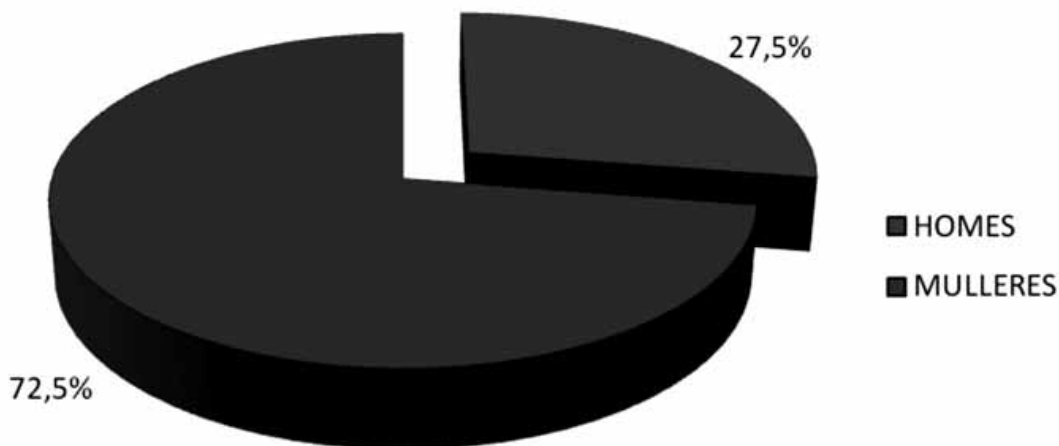


Figura 1. Pacientes inmobilizados por sexo

Con respecto á idade unha maioría dos pacientes encóntranse dentro dos intervalos entre os 76 e 85 anos, 21% entre os 76 e 80 e 20,3% entre os 81 e 85.

Por sexos observamos unha lixeira tendencia a idades máis novas dos homes respecto ás mulleres, sendo o caso do intervalo de menores de 60 anos onde se aprecia máis este punto, homes un 18,4% sobre o total de poboación masculina e mulleres un 4% sobre o total de poboación feminina, así os homes menores de 60 anos son o 63,6% nesta franxa de idade. Pola contra se nos centramos en idades superiores a 91 anos as mulleres son o 19% sobre o total do seu grupo e os homes un 7,9%.

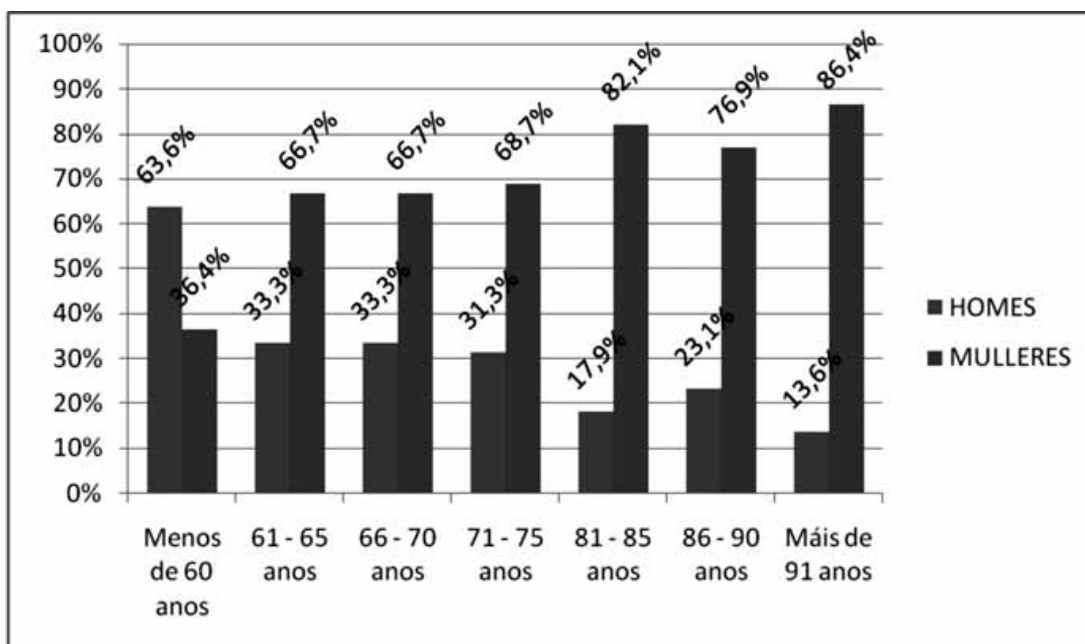


Figura 2. Pacientes inmobilizados por idade



## Táboa 1

### Estado civil/sexo

ESTADO CIVIL	HOMES			MULLERES			TOTAL	
	N.º	%V	%H	Nº	%V	%H	Nº	%
SOLTEIRO/A	5	13,2	41,7	7	7	58,3	12	8,7
CASADO/A	22	57,9	48,9	23	23	51,1	45	32,6
SEPARADO/A	0	0	0	0	0	0	0	0
DIVORCIADO/A	0	0	0	0	0	0	0	0
VIÚVO/A	6	15,7	9,4	58	58	90,6	64	46,4
NON CONSTA	5	13,2	29,4	12	12	70,6	17	12,3
TOTAL	38	100,0	27,5	100,0	100	72,5	138	100,0

Globalmente o estado civil da maioría da poboación é viúvo/a 46,4%, pero, se se analiza por sexos no caso dos homes é casado, 57,9%, sobre o total do seu mesmo sexo e o das mulleres cun 58%, viúva. No 12,3% non se puido coñecer este ítem.

### Variables vinculadas á situación de paciente inmobilizado/a

Estúdase a idade de inicio como paciente inmobilizado, o tempo que leva nesta situación e as súas causas.

Para coñecer o tempo que leva a persoa en situación de inmobilizada, dividiuse nos seguintes períodos: menos dun ano, entre un e dous anos, entre dous e tres anos, entre tres e catro anos e entre catro e cinco anos<sup>5</sup>.

<sup>5</sup> Non hai pacientes que leven máis de cinco anos, os datos dos que se dispoñen son como máximo este período, debido a que é cando se empezan a recoller na historia clínica electrónica.

## Táboa 2

### Idade de inicio/Tempo como paciente inmobilizado

IDADE	- 1 ANO			1- 2 ANOS			2- 3 ANOS			3- 4 ANOS			4- 5 ANOS			TOTAL	
	Nº	V%	H%	Nº	V%	H%	Nº	V%	H%	Nº	V%	H%	Nº	V%	H%	Nº	%
- 65	3	1,9	16,7	5	20	38,4	3	8,1	23,1	2	13,3	15,4	0	0	0	13	9,4
66-70	1	1,9	16,7	0	0	0	3	8,1	50	2	13,3	33,3	0	0	0	6	4,4
71-75	8	15,4	38,1	7	28	33,3	2	5,4	9,6	1	6,8	4,7	3	33,3	14,3	21	15,2
76-80	10	19,2	41,7	1	4	4,2	10	27	41,6	2	13,3	8,3	1	11,1	4,2	24	17,4
81-85	13	25	44,9	3	12	10,3	8	21,6	27,6	2	13,3	6,9	3	33,3	10,3	29	21
86-90	12	23,1	46,2	4	16	15,4	5	13,6	19,2	3	20	11,5	2	22,3	7,7	26	18,8
91-94	5	9,6	31,3	4	16	25	4	18,8	25	3	20	18,7	0	0	0	16	11,6
+ 95	0	0	0	1	4	33,3	2	5,4	66,7	0	0	0	0	0	0	3	2,2
TOTAL	52	100,0	37,7	25	100,0	18,1	37	100,0	26,8	15	100,0	10,9	9	100,0	6,5	138	100,0

A idade de inicio como paciente inmobilizado máis frecuente encóntrase no intervalo comprendido entre os 81 e 85 anos, representando o 21% sobre o total. O intervalo entre 86 e 90 estaría en segundo lugar cun 18,8% e o intervalo entre 76 e 80 estaría en terceiro lugar 17,4%.

Con respecto ao tempo como paciente inmobilizada/o o 37,7% leva menos de 1 ano, o 26,8% entre 2 e 3 anos e o 18,1% entre 1 e 2 anos, agrupándose así a maioría de poboación nos dous primeiros intervalos mencionados.

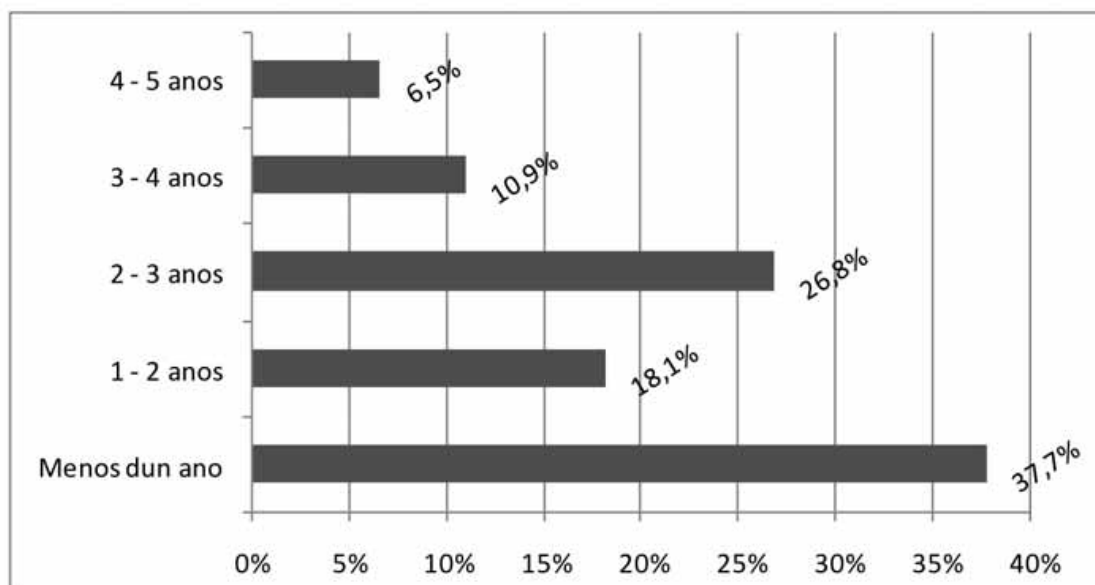


Figura 3. Tempo como paciente inmobilizada/o

Por último neste apartado, en canto ás causas, de por que a persoa chega a esta situación, referímonos ás patoloxías que a provocan<sup>6</sup>.

Así, dos procesos recollidos, o deterioro cognitivo estaría nun primeiro lugar cun 37,7% seguido dos accidentes cerebro-vasculares cun 21%, máis da metade da poboación encontraríase nalgunha destas dúas causas, polo que serían as máis destacables con diferenza do resto.

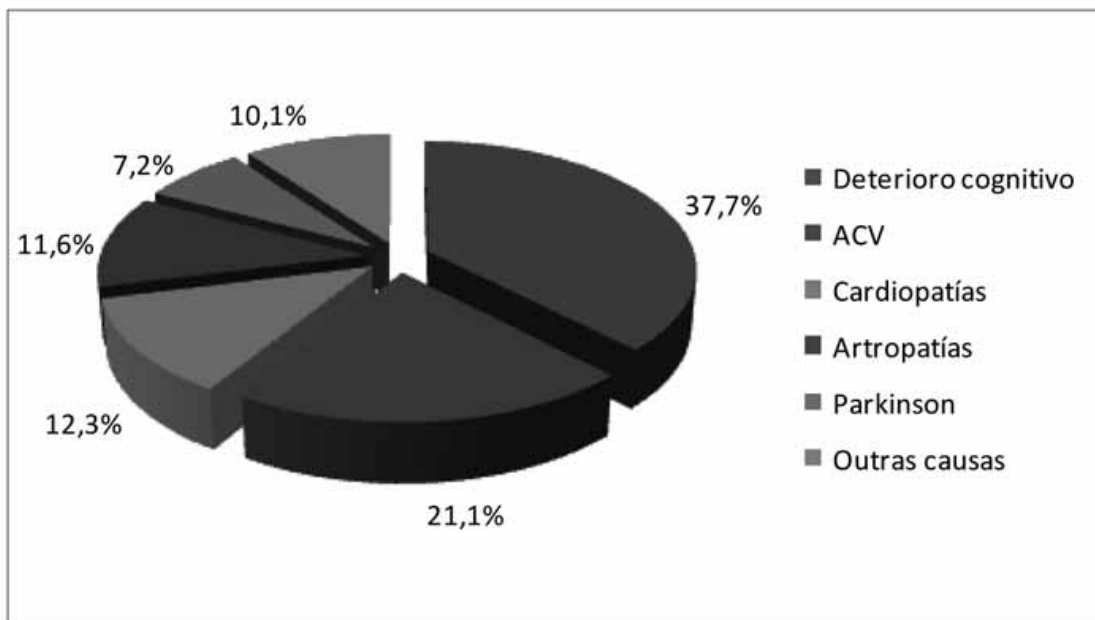


Figura 4. Causas situación inmobilizada/o <sup>7</sup>.

#### Variables vinculadas á dependencia

Analízase o alcance dos servizos e prestacións do sistema de atención á dependencia na poboación estudada, así como o procedemento establecido para o recoñecemento do grao e acceso aos recursos daqueles que o solicitaron.

#### - Solicitudes de valoración de dependencia

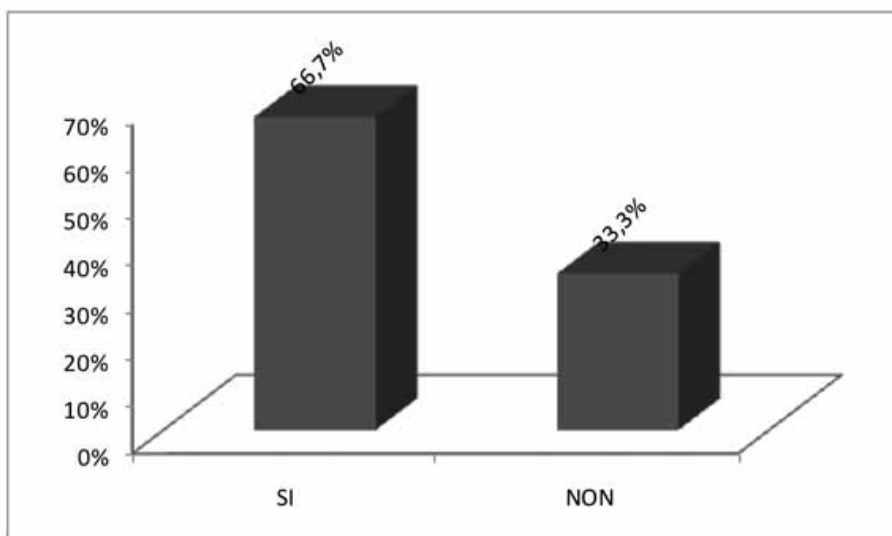
Do total de poboación, un 66,7% solicitou valoración de dependencia, dos cales o 84,8% ten resolución de grao, un 7,61% está pendente de resolución e nun 7,61% dos casos a súa solicitude foi arquivada<sup>8</sup>.

<sup>6</sup> Neste estudo non se pretende facer unha taxonomía facultativa, posto que partimos dun ámbito social, pero si que é útil para este, facer unha aproximación neste sentido.

<sup>7</sup> Accidentes cerebro-vasculares.

<sup>8</sup> As causas de arquivo poden ser por caducidade do expediente ou renuncia.

**Figura 5. Solicitudes de valoración**



**Táboa 3.**

***Estado solicitudes valoración***

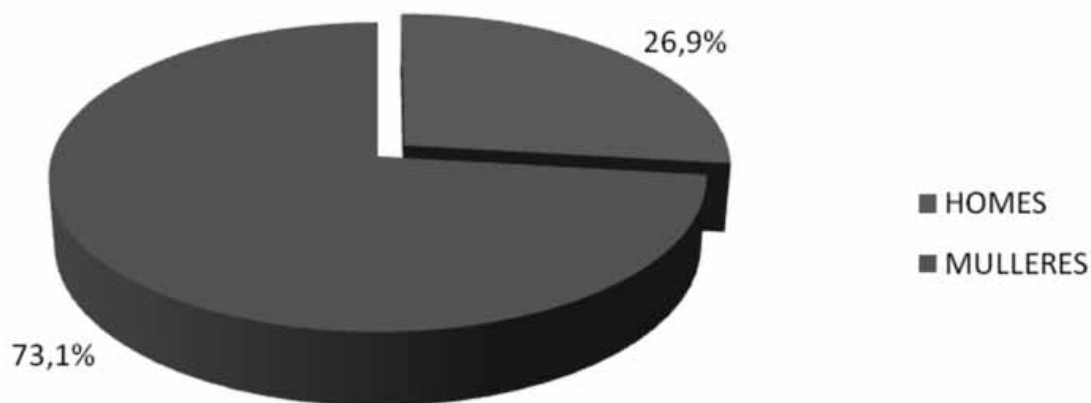
	N.º	%
Con resolución	78	84,8
Pendientes de resolución	7	7,6
Arquivadas	7	7,6
TOTAL	92	100,0

Das solicitudes de valoración de dependencia o 84.8% completaron o procedemento e chegaron á súa correspondente resolución de grao.

**- Valoración dependencia:**

A porcentaxe de homes con valoración de dependencia aproxímase ao de non valorados, 55,3% e 44,1% respectivamente, no caso das mulleres tamén acontece dun xeito similar, 57% e 43% polo que nos totais se repite este feito, 56,5% e 43,5% respectivamente.

Sobre o total de valoracións as mulleres teñen un peso do 73,1% e os homes un 26,9%, como se observa na figura:

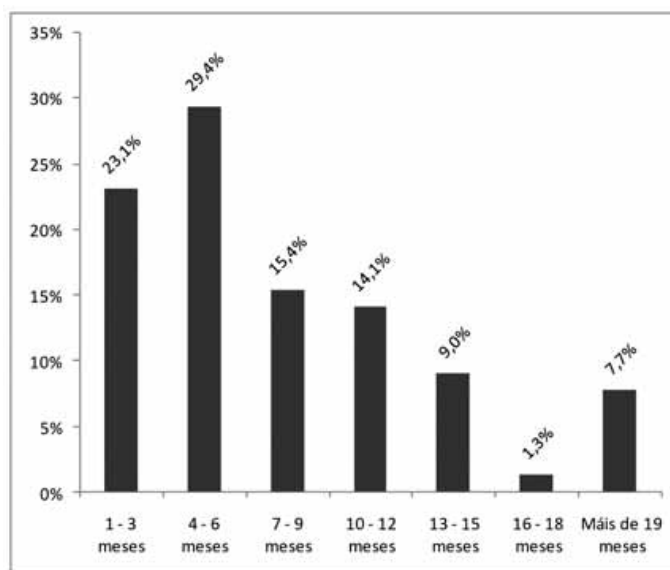


**Figura 6. Valoración dependencia / sexo**

**- Tempo resolución grao dependencia**

O tempo en resolver a valoración de dependencia refírese ao transcorrido en meses, dende a data de solicitude, entrada no rexistro do servizo e a de resolución de grao e nivel de dependencia, sendo os intervalos de entre 1 e 9 meses onde se concentra o maior número 67,9% e concretamente, no que hai máis solicitudes resoltas é o de 4 a 6 meses, 29%.

Na seguinte figura pódese observar o explicado:



**Figura 7. Tempo resolución grao dependencia**

**- Grao e nivel de dependencia<sup>9</sup> .**

Para o seu estudo establécense as seguintes distribucións por sexo e idade:

<sup>9</sup> A partir da entrada en vigor do Real decreto-lei 20/2012, do 13 de xullo, de medidas para garantir a estabilidade orzamentaria e de fomento da competitividade, elimínase a distinción de niveis.

#### - Grao de dependencia/homes/idade

O 47,6% dos homes teñen unha valoración de dependencia de grao III-nivel 2, o 30% destes, son menores de 60 anos. Os seguintes graos máis frecuentes serían grao III-nivel 1 e grao II-nivel 1, ambos os dous cun 19,1% e grao III cun 14,2%. Non houbo ningunha resolución dentro dos restantes graos e niveis: grao II, grao II-nivel 2, grao I, grao I-nivel 2 e grao I-nivel 1.

Se nos fixamos nos intervalos de idade, a gran maioría das resolucións encóntranse entre os 71 e 90 anos, 76,4%, un 19,1% en cada intervalo. Non houbo resolucións nos intervalos comprendidos entre os 61-65 e 66 -70 anos.

#### - Grao dependencia/mulleres/idade

No colectivo feminino a distribución dos graos é máis heteroxénea sendo as máis destacables o 24,6% cun grao II-nivel 1, o 19,3% con grao III-nivel 2, o 17,1% con grao III-nivel 1 e o 15,8% con grao II-nivel 2.

Por intervalos de idade, a maior concentración encóntrase entre os 76 e 90 anos, supoñendo un 73,8%, 28,1% entre os 76 e 80, 24,6% entre os 81 e 85 e 21,1% entre os 86 e 90 anos. Non houbo ningunha resolución de grao II nin de grao I.

#### - Baremo actividades vida diaria/puntuación total

Respecto ao baremo de actividades da vida diaria, a media sería de 70,15 puntos que se corresponde cun grao II, dependencia moderada.

#### - Revisión de grao

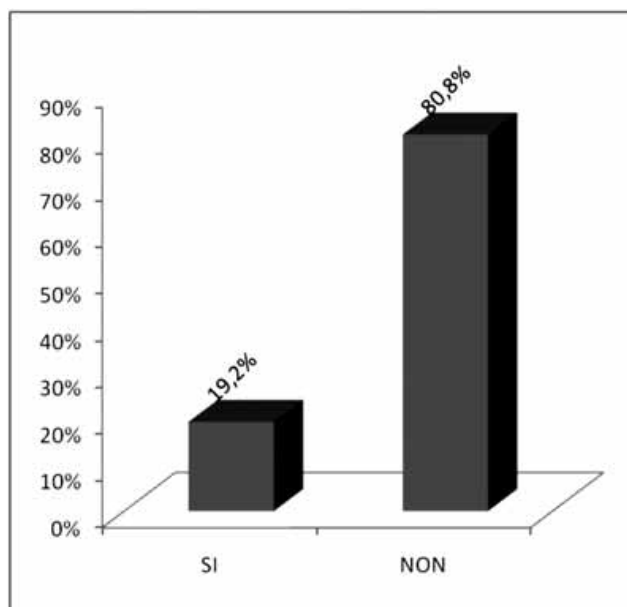


Figura 8. Solicitudes revisión de grao

Do total de solicitudes con resolución de grao, 78, un 19,2%, solicitaron e obtiveron revisión deste fronte a un 80,8% que non o fixeron.

### - Baremo actividades vida diaria/puntuación total revisado

Con respecto ao baremo de actividades da vida diaria revisado, pasouse dunha media de 57,7 puntos equivalente a grao II a 79,9 que se corresponde a grao III, dependencia severa.

### - Programa individual de atención

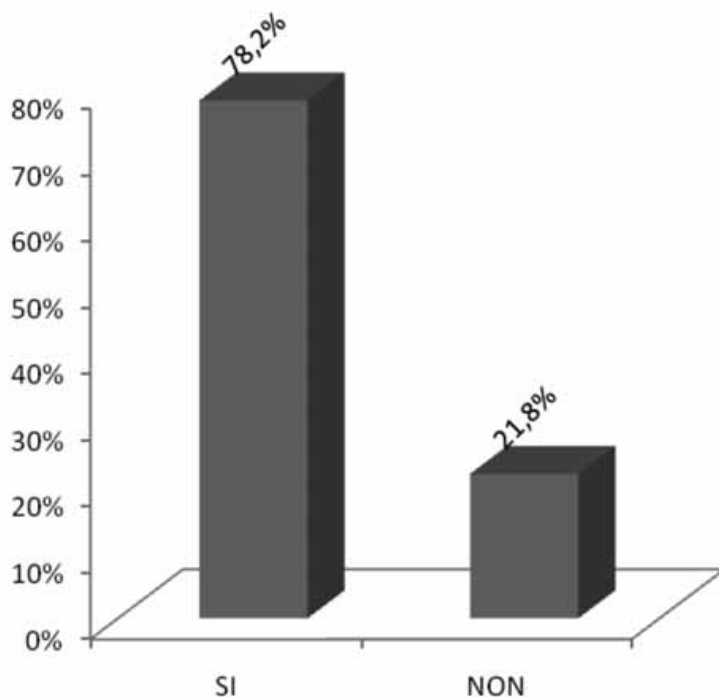


Figura 9. Resolucións de dependencia con programa individual de atención.

Do total de solicitudes con resolución de dependencia o 78,2% teñen asignado o seu correspondente programa individual de atención.

### - Tempo en resolución programa individual de atención<sup>10</sup>.

O tempo en resolver o programa individual de atención refírese ao transcorrido en meses, dende a data de resolución de grao, ata a concesión do servizo ou prestación correspondente.

A maioría dos programas individuais de atención tardan en resolverse entre 1 e 9 meses 62,3%. Nun 16,9% tardaron máis de 19.

<sup>10</sup> A resolución directa do programa individual de atención utilízase no caso de prestacións económicas e o programa de asignación de recursos, anterior a esta resolución, nos servizos. Non obstante, o feito de que se consigne como resolto non implica que en realidade se perciba a prestación, así pode haber expedientes resolto sen prestación efectiva, dadas as características do presente estudo, non se puido coñecer para este respecto.

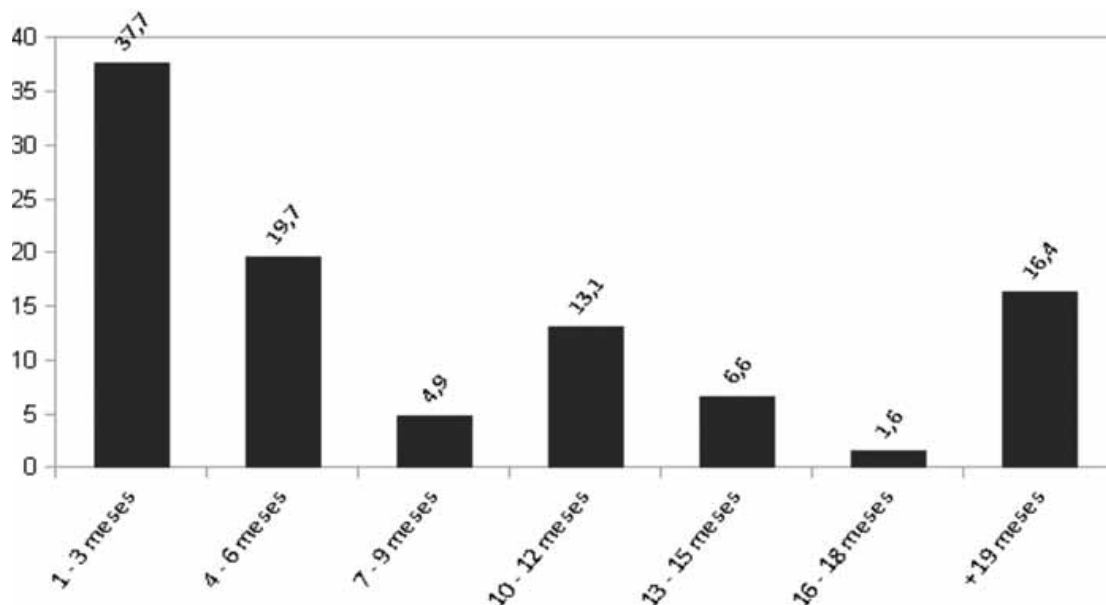


Figura 10. Tempo resolución programa individual de atención  
- Servizos e prestacións do programa individual de atención

Táboa 4.

*Servizos e prestacións do programa individual de atención<sup>11</sup>.*

	Nº	%
Servizo de teleasistencia	1	1,6
Servizo de axuda a domicilio 31-45 h	3	4,9
Servizo de axuda a domicilio 46-70 h	13	21,3
Servizo centro de día para maiores	2	3,3
Servizo centro de día especializado <sup>12</sup>	4	6,6
Servizo atención residencial maiores dependentes	8	13,1
Prestación económica para cuidados contorno	29	47,6
Prestación económica asistencia persoal	1	1,6
TOTAL	61	100,0

<sup>11</sup> Existen outras prestacións e servizos recollidos no catálogo, pero non se contabilizaron xa que non os hai entre a poboación estudada.

<sup>12</sup> En todos os casos, centro de día para persoas con Alzheimer e/ou outras demencias análogas.



No 47,6% a prestación do programa individual de atención, foi a prestación económica de coidados no contorno por coidador non profesional, no 26,2% o servizo de axuda a domicilio e no 13,1% o servizo de atención residencial para maiores dependentes, sendo as máis destacables.

- Cambio de programa individual de atención/novo servizo ou prestación

Táboa 5.

Cambio de programa individual de atención

	N.º	%
SÍ	11	6,6
NON	57	93,4
TOTAL	61	100,0

Do total de resolucións con programa individual de atención, solicitáronse revisións deste nun 6,6%. En todos os casos cambiouse a prestación para coidados no ámbito pola de Servizo de Axuda a Domicilio.

- Coidadora/ dor principal

Táboa 6.

Parentesco/sexo coidadora/dor<sup>13</sup>

PARENTESCO	HOMES			MULLERES			TOTAL	
	N.º	V%	H%	Nº	V%	H%	Nº	%
Fillo/a	7	58,4	13	47	71,1	87	58	69,2
Conxuxe	3	25	37,5	5	7,6	62,5	8	10,3
Neto/a	0	0	0	4	6,1	100,0	4	5,1
Xenro/Nnora	1	8,3	20	4	6,1	80	5	6,4
Sobriño/a	0	0	0	5	7,6	100,0	5	6,4
Irmán/irmá	0	0	0	1	1,5	100,0	1	1,3
Coidador/a	1	8,3	100,0	0	0	0	1	1,3
TOTAL	12	100,0	15,4	66	100,0	84,6	78	100,0

A atención concéntrase nos familiares directos principalmente descendentes de primeiro grao, as mulleres son o 84,6% sobre o total de coidadoras/es e destas o 71,2% son fillas.

<sup>13</sup> Só dos solicitantes con resolución de dependencia, 78.

## 4. CONCLUSIÓNS

### - Características sociodemográficas

A maior parte das persoas en situación de inmobilizadas son:

- Mulleres 72,5%, sendo a proporción de 2,6:1 sobre os homes, co que podemos afirmar que hai una clara feminización do colectivo.
- Atópanse en intervalos de idade de mais de 76 anos. Non obstante, atopamos unha diferenciación, por sexos, obsérvase unha tendencia a idades máis novas nos homes, o máis destacable nos menores de 60 anos, 63,6% de esta franxa de idade, tendo en conta que son menos que as mulleres sobre a poboación total e as mulleres, maiores de 91 anos, co 19% do total delas.
- Estado civil de viuvez, aínda que por sexos no caso dos homes o estado civil é casados, o 57,9%, mulleres viúvas, o 58%.

>>>> Perfil sociodemográfico: muller entre 80-85 anos e viúva.

### - Variables vinculadas á situación de paciente inmobilizado.

- Idade de inicio a partir de 81 anos, pódese apreciar a relación proporcional de a maior idade, maior fraxilidade nas condicións de saúde.

- O 37,7% leva menos dun ano en situación de paciente inmobilizado, o que se pode deber a que as condicións de saúde mencionadas están comprometidas e polo tanto, a súa esperanza de vida vese limitada.
- As patoloxías relacionadas coa situación de paciente inmobilizado son o deterioro cognitivo en primeiro lugar cun 37,7%, seguido dos accidentes cerebro-vasculares cun 21%, procesos incapacitantes en alto grao.

>>>> Idade de inicio, 81 anos principal causa, deterioro cognitivo.

### - Dependencia

**Solicitudes e valoración.** Boa parte das persoas inmobilizadas están en situación de dependencia, no estudo que nos ocupa, o 61% iniciaron o proceso de solicitude de valoración, polo que se supón, recibiron información axeitada sobre a atención á dependencia. O 84,8% completaron o procedemento e obtiveron a resolución de grao.

>>>> O 56,5% dos pacientes inmobilizados teñen recoñecido o grao de dependencia.

**Tempo resolución grao dependencia.** Os tempos de resposta dados pola administración establécense en 3 meses para a resolución, na nosa poboación a media supérao, xa que se só o 23,1%, menos dunha cuarta parte, obtivo a resolución neste período de tempo.

>>>> Entre 1 e 9 meses.

**Grao e nivel de dependencia.** O grao de dependencia das persoas valoradas maioritariamente, estaría dentro dos de grao III, independentemente do nivel, sería o 56,4%

Por sexos, nos homes o 47,6% grao III-nivel 2, dos cales o 30% menores de 60 anos e o total de graos distribúense entre os 71 a 90 anos; o colectivo feminino distribución máis heteroxénea nos intervalos de 76 a 90 anos.

>>>> Homes mais novos con maior grao de dependencia que as mulleres.

**Revisión de grao/baremo actividades vida diaria.** O 19,2% das solicitudes solicitaron una revisión de grao, pasando dunha media no baremo de actividades da vida diaria de 57,7 puntos a 79,9.

>>>> De grao II a grao III.

**Programa individual de atención /tempo en resolución.**

>>>> O 78,2% das valoracións teñen asignadas o seu correspondente programa individual de atención.

**Tempo de resolución programa individual de atención.** Ao igual que a resolución de dependencia, os tempos de resposta dados pola administración establécense en 3 meses, no estudo a maioría tardaron en resolverse entre 1 e 9 meses, o 62,3%.

>>>> Entre 1 e 9 meses.

**Servizos e prestacións do programa individual de atención.** A prestación máis concedida, prestación económica de cuidados no contorno por cuidadora/or non profesional 47,6%, o que se contemplaba na lei como excepción, converteuse en norma.

>>>> Prestación económica cuidados no contorno.

**Cambio de programa individual de atención/novo servizo ou prestación.** Solicitud de cambio de programa individual de atención en 6,6%. En todos os casos cambiouse a prestación para cuidados no contorno pola de Servizo de Axuda no Fogar, unha explicación disto pode ser o que, aínda que a prestación de cuidados no ámbito apareza resolta no expediente, en moitos casos non se percibe a contía económica.

>>>> No 6,6% dos pacientes valorados, prestación de cuidados no contorno a Servizo de Axuda no Fogar.

**Cuidadora/or principal.** O 84,6% son mulleres e, destas o 71,2% son fillas. Compróbase que as mulleres seguen exercendo o rol tradicional de cuidadoras.

>>>> fillas.

## BIBLIOGRAFÍA

- ÁLVAREZ, I.; BACARIZA, M.; GARCÍA, J. ET AL. (2001). *Procedementos Clínicos en Atención Primaria. Índices de Cobertura e Criterios Mínimos de Calidade*. Santiago de Compostela, Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade e Servizos Sociais. Servizo Galego de Saúde. División de Asistencia Sanitaria. Subdirección de Programas Asistenciais.
- Consello de Europa (1998). Recomendación n.º R (98) 9 do Comité de Ministros aos Estados Membros relativa á dependencia, 18 de setembro de 1998. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/consejoeuropa-rec989-01.pdf>
- Consellería de Sanidade (2006). *Rede de Saúde. Plan de tecnoloxías da información da sanidade galega para o novo espazo público*. Santiago de Compostela, Xunta de Galicia.
- Decreto 126/1984, do 27 de xullo, polo que se aproba o mapa sanitario de Galicia. *Diario Oficial de Galicia* núm. 156 do 16 de agosto de 1984.
- Decreto 55/1989, do 6 de abril, polo que se aproba a revisión do mapa sanitario de Galicia. *Diario Oficial de Galicia*, núm 79 do 25 de abril de 1989.
- Decreto 168/2010, do 7 de outubro, polo que se regula a estrutura organizativa de xestión integrada do Servizo Galego de Saúde. *Diario Oficial de Galicia*, núm.199 do 15 de outubro de 2010.
- GONZÁLEZ ORTEGA S. (2012). *La aplicación de la Ley de Dependencia en España*. Madrid: Consejo Económico y Social de España. Recuperado de [http://www.ces.es/documents/10180/106107/preminves\\_Ley\\_Dependencia.pdf?version=1.0](http://www.ces.es/documents/10180/106107/preminves_Ley_Dependencia.pdf?version=1.0)
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2005). *Atención a las personas en situación de dependencia, libro blanco*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado y Asuntos Sociales, Familias y Discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- ITUARTE, A. (1994). “El papel del trabajador social en el campo sanitario”. *Trabajo Social y Salud*, 20, 275-290.
- Lei 16/2003, do 28 de maio, de cohesión e calidade do Sistema Nacional de Saúde. *Boletín Oficial del Estado*, núm.128 do 29 de maio de 2003.
- Lei 39/2006, do 14 de decembro, de promoción da autonomía persoal e atención ás persoas en situación de dependencia. *Boletín Oficial do Estado*, núm. 299 do 15 de decembro de 2006.

- Lei 8/2008, do 19 de xullo, de saúde de Galicia. *Diario Oficial de Galicia*, núm. 143 do 24 de xullo de 2008.
- Organización Mundial da Saúde (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Real decreto-lei 20/2012, do 13 de xullo, de medidas para garantir a estabilidade orzamentaria e de fomento da competitividade. *Boletín Oficial do Estado*, núm.168 do 13 de xullo de 2012.
- RODRÍGUEZ ABELLÓN, M. J.; CALVIÑO CERQUEIRO, M.; VEIRA SILVA; M. R. L. (2004). “Control de pacientes inmovilizados en el Área Sanitaria de A Coruña”. *Cadernos de Atención Primaria*, 11, 205-210.
- ROMERO, D.M. (2007). “Actividades de la vida diaria”. *Anales de psicología*, 23(2), 264-271. Recuperado de:  
[http://www.um.es/analesps/v23/v23\\_2/13-23\\_2.pdf](http://www.um.es/analesps/v23/v23_2/13-23_2.pdf)
- Servicio Canario de Salud (2004). *Documento Marco, Rol profesional del trabajo social en la atención primaria de salud*. Recuperado de  
[http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/7003bf26-ebbe-11dd-9b81-99f3df21ba27/ROL\\_PROFESIONAL.pdf](http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/7003bf26-ebbe-11dd-9b81-99f3df21ba27/ROL_PROFESIONAL.pdf)