

PROPUESTA DE ACCIONES SOCIOSANITARIAS PARA ASTURIAS

*Estrategias de Salud y Atención a la
población con enfermedades crónicas*

INFORME TÉCNICO



GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS
CONSEJERÍA DE SANIDAD

Este documento ha sido realizado en 2014 – 2015, por un grupo de trabajo formado por responsables de las Consejerías de Sanidad y de Bienestar Social, designados por las Direcciones Generales de salud Pública y de Política Social, en el marco de la ordenación y elaboración de las Estrategias de Salud y Atención a la Población con enfermedad crónica en Asturias y sus propuestas están recogidas dentro del documento “Personas sanas, poblaciones sanas” y del proyecto estratégico número 6: Coordinación Sociosanitaria para el periodo 2015-2019.

Se publican como ANEXOS tres documentos de trabajo realizados entre 1993 y 2006 por diversos equipos de trabajo conjuntos entre servicios sociales y sanitarios.

GRUPO DE TRABAJO

Teresa Martínez Rodríguez	Servicio de Calidad., Consejería de Bienestar Social
José Fernández Díaz	Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA)
Marta Del Arco Fernández	Servicio de Infancia, Consejería de Bienestar Social
Belén López Suárez	Servicio de Discapacidad y Mayores, Consejería de Bienestar Social
Francisco Suárez García	Geriatra, Consejería de Sanidad
José Mº Fernández Rodríguez	Coordinador Salud Mental. SESPA
Carmen Teresa Velasco González	Sección de Calidad, Consejería de Sanidad
Fernando Martínez Cuervo	ERA, Consejería de Bienestar Social
José Ramón Hevia Fernández	Unidad Plan sobre Drogas D.General Salud Pública
Julio Bruno Bárcena	Dirección General de Salud Pública

COORDINACIÓN Y REDACCIÓN:

Francisco Manuel Suárez García
Julio Bruno Bárcena

PROMUEVE:

Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública

EDITA:

Consejería de Sanidad
Edición no venal.
Documento digital en www.astursalud.es y Biblioteca de la Consejería de Sanidad

INDICE DE MATERIAS:

DEFINICIÓN.....	7
OBJETIVOS.....	7
Objetivos secundarios	7
LAS PERSONAS USUARIAS.....	7
ACCIONES PRIORITARIAS.....	9
1. Creación e implementación de estructuras de coordinación sociosanitaria	11
I. Comisión Interinstitucional para la coordinación sociosanitaria.....	11
II. Subcomisión Técnica Interinstitucional para la coordinación sociosanitaria	11
III. Equipos operativos de atención sociosanitaria	12
2. Puesta en marcha de unidades de convalecencia en residencias de personas mayores	13
2.1. Diseño y puesta en marcha de equipos de operativos de valoración geriátrica	15
3. Acciones para mejorar la coordinación entre atención primaria y las residencias de personas mayores del ERA.....	16
4. Acciones para mejorar la atención al trastorno mental grave con necesidad de alojamiento	18
5. Acciones para mejorar la atención a la población infantil con especial vulnerabilidad.....	22
6. Acciones para mejorar la atención a niños con trastorno de desarrollo	23
7. Acciones para mejorar la atención a personas adultas con discapacidad y/o dependencia y edad comprendida entre 18 y 65 años que utilizan recursos públicos de alojamiento o centros de apoyo a la integración	24

1. Editorial

La prevalencia de la cronicidad como estado de salud de gran parte de la población asturiana y, particularmente, el peso que supone dentro de este capítulo la atención a los enfermos crónicos con alto nivel de complejidad, ha puesto de relieve la necesidad de dar respuesta a las crecientes demandas de continuidad en la asistencia, de integralidad en las acciones sanitarias y sociales. Salud y autonomía son dos conceptos indisolubles que requieren abordajes institucionales compartidos y en numerosas ocasiones recursos compartidos o coordinados de forma efectiva.

La finalidad de este trabajo técnico sobre propuestas de actuación socio-sanitarias ha sido buscar las áreas de mejora que existen en el ámbito de la continuidad de la asistencia social y sanitaria, para dotar a las instituciones sociales y sanitarias del mayor grado posible de eficiencia y de efectividad. Por ello, el documento se estructura en 7 grupos de acciones que, desde el punto de vista técnico, resumen las prioridades de actuación en materia de coordinación socio –sanitaria. En primer lugar se trata de establecer una estructura organizativa mínima entre ambas Consejerías que facilite la visibilización de los problemas y su abordaje administrativo. En segundo término se plantean las respuestas más inmediatas a la problemática detectada en los ámbitos de atención a las personas mayores, las discapacitadas, las personas con trastornos mentales crónicos, la infancia.

En suma, se trata de un buen guión de trabajo, técnicamente sólido y basado en la realidad de los servicios en Asturias que, sin duda aporta elementos clarificadores a la planificación y a la acción de gobierno. Su inclusión en las Estrategias de Salud y Atención a la Población con enfermedades crónicas es un acierto y una buena guía para la acción.

Septiembre 2015

Antonio Molejón Iglesias
Director General de Salud Pública

PROPUESTA DE ACCIONES SOCIOSANITARIAS

Informe Técnico

1

Definición

La atención sociosanitaria comprende el conjunto de actuaciones o intervenciones destinadas a la atención de las personas que, por sus especiales características o por su situación de vulnerabilidad social necesiten de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía e independencia, mejorar su calidad de vida y favorecer su participación social y su bienestar personal.

Sin lugar a dudas, la atención sociosanitaria constituye un elemento clave de cara a garantizar una atención integral y de continuidad a distintos perfiles poblacionales que requieren atención coordinada por parte de los ámbitos social y sanitario. Por estas razones, resulta imprescindible el desarrollo de un conjunto de medidas y actuaciones de atención sociosanitaria para Asturias.

Objetivos

El principal objetivo de este proyecto es facilitar a las personas el mayor grado posible de autonomía e independencia en las actividades de la vida diaria y, al mismo tiempo proporcionar una atención de calidad a las necesidades de apoyo sociosanitario que presentan.

Para generar mayores niveles de calidad de vida y bienestar se proponen actuaciones dirigidas a:

- Prevenir la pérdida de autonomía, de independencia y de calidad de vida.
- Identificar precozmente las situaciones de pérdida de independencia, de autonomía y de calidad de vida.
- Recuperar el máximo posible de independencia, de autonomía y de calidad de vida.
- Intervenir de forma coordinada en aquellas situaciones que requieran acciones de ambos sistemas
- Mejorar la eficiencia de los de los Organismos y Administraciones Públicas, garantizando que cada usuario esté en el recurso más adecuado para su situación personal y familiar, aun cuando éste tenga una dependencia administrativa diferente.
- Mejorar la organización de la atención sanitaria en los recursos públicos de atención a personas con discapacidad o dependencia.

Objetivos secundarios:

- Contribuir a incrementar la sensibilidad de los profesionales de los sistemas sanitario y social hacia los problemas de estos ciudadanos.
- Crear circuitos de coordinación que clarifiquen los criterios y mecanismos de derivación
- Fomentar la investigación, docencia y formación continuada de los profesionales del Sistema Sanitario y del Sistema de Servicios Sociales sobre temas relacionados con la atención sociosanitaria.
- Fomentar la educación para la salud, promocionando el autocuidado y el desarrollo de programas de envejecimiento saludable, promoviendo la autonomía personal y el mantenimiento en su entorno habitual.

Las personas Usuarías

Las personas usuarias sociosanitarias se definen como:

- Personas mayores frágiles

- Personas con trastorno mental severo
- Personas adultas con discapacidad
- Población infantil con especial vulnerabilidad

La intervención se realizará sobre los grupos de población con mayor necesidad de Atención Sociosanitaria. Se han **priorizado** los grupos de población basándose en las necesidades detectadas y percibidas por ambos sectores. Las personas usuarias priorizadas en esta propuesta para la coordinación sociosanitaria son los siguientes:

- Persona mayor frágil y/o dependiente que vive en residencias públicas
- Personas con Trastorno Mental Grave/ Severo con necesidad de alojamiento
- Personas con una discapacidad transitoria y potencialmente reversible que precisan de cuidados sociosanitarios temporales.
- Personas adultas con discapacidad y/o dependencia y edad comprendida entre 18 y 65 años que utilizan recursos públicos de alojamiento o Centros de Apoyo a la Integración.
- Menores sujetos a medidas especiales de protección
- Población infantil con trastornos graves del desarrollo
- Menores que viven en familias deestructuradas con adultos afectados por trastorno mental grave.

ACCIONES PRIORITARIAS

2

ACCIONES PRIORITARIAS

1. Creación e implementación de estructuras de coordinación sanitaria

Los Sistemas Sanitarios y de Servicios Sociales se han desarrollado históricamente en paralelo, de acuerdo con sus regulaciones específicas. Las escasas experiencias de coordinación, limitadas en el tiempo y en los recursos, en pocas ocasiones ha conseguido superar el funcionamiento en paralelo de ambos sistemas. Las características específicas de la atención sociosanitaria (habitualmente casos de elevada complejidad) y la necesidad de utilizar de forma eficiente los recursos existentes y los de nueva creación, justifican la puesta en marcha de distintos dispositivos de coordinación, tanto en el ámbito de la dirección y planificación como en el de la atención directa a los usuarios/as.

Por todo ello y entendiendo que las actuaciones técnicas, además de estar diseñadas desde el conocimiento científico y el acuerdo profesional, en el marco de las organizaciones públicas deben contar necesariamente con el aval político así como con la normativa e instrucciones pertinentes que den la cobertura legal necesaria y las hagan posibles, se proponen los siguientes órganos para la mejora de la atención y coordinación sociosanitaria:

I. Comisión Interinstitucional para la coordinación sociosanitaria

Se propone como un órgano de carácter político de toma de decisiones y acuerdos interinstitucionales en torno a medidas de mejora relacionadas con la atención y la coordinación sociosanitaria.

Composición. Se propone que esté integrada por responsables de la Consejería de Sanidad, la Consejería de Bienestar Social y Vivienda, Consejería de Presidencia, Organismo Autónomo ERA y Servicio de Salud del Principado de Asturias.

La Comisión estará compuesta por personas que estén al frente de las Direcciones Generales competentes en materia de Salud, de Políticas Sociales, de Servicios Sanitarios, de Presidencia, así como el cargo de Gerente del Organismo Autónomo. La Comisión se creará y se desarrollarán sus normas de funcionamiento, así como la descripción de sus cometidos, por medio de Resolución conjunta de las Consejerías competentes en materia de Servicios Sociales y de Sanidad.

Funcionamiento. Se reuniría como mínimo una vez al año y cuantas veces se precisara para tratar temas que requieran un compromiso conjunto por parte de ambas Consejerías (sanidad y servicios sociales)

Cometidos:

- Establecer acuerdos relacionados con la mejora de la coordinación sociosanitaria y establecer las medidas oportunas y actuaciones conjuntas para ello que impliquen a las Consejerías competentes en materia de sanidad y servicios sociales.
- Elaborar, cuando sea preciso, la normativa e instrucciones precisas así como difusión de las mismas entre los órganos, servicios y centros de sus respectivas competencias administrativas.
- Proponer la composición de la Subcomisión Técnica Interinstitucional para la coordinación sociosanitaria y seguimiento de su funcionamiento.

II. Subcomisión Técnica Interinstitucional para la coordinación sociosanitaria

Se propone como órgano de carácter técnico para la elaboración y seguimiento de pro-

puestas relacionadas con la mejora de la atención y coordinación sociosanitaria.

Composición. Grupo interdisciplinar e interinstitucional, estable y con continuidad en el tiempo, formado por profesionales referentes de ambos ámbitos (sanidad y servicios sociales).

Su designación será definida por las Direcciones Generales con competencias en materia de Salud y de Políticas Sociales. La presidencia del grupo técnico será alternativa por ambas direcciones generales y podrá establecer ponencias técnicas específicas sobre materias concretas. Existirá una memoria anual de las actividades de este grupo técnico.

Funcionamiento. Se reuniría periódicamente, con una frecuencia mínima de una vez al trimestre y cuantas veces se requiera

Cometidos:

- Estudio de necesidades y propuesta de acciones y medidas para la mejora de la atención y coordinación sociosanitaria
- Seguimiento de las medidas propuestas y acuerdos alcanzados
- Análisis de casos especialmente complejos (los casos que no han podido ser resueltos por los cauces establecidos o por los equipos de gestión de casos en funcionamiento) y propuesta de medidas para su atención.
- Propuesta de equipos operativos (para la gestión de casos y para la elaboración de acciones de mejora). Diseño de la composición, objetivos y cometidos. Seguimiento de su funcionamiento. Decisión de su modificación o finalización.

III. Equipos operativos de atención sociosanitaria

A propuesta de la Subcomisión Técnica Interinstitucional para la coordinación sociosanitaria, y en función, por un lado de los recursos sociosanitarios¹ definidos como tal y por otro de las necesidades identificadas para la mejora de la atención sociosanitaria se propone ir constituyendo equipos operativos de atención sociosanitaria.

En función de las necesidades, se propondrán equipos operativos de atención sociosanitaria.

Con carácter general se distinguen dos tipos de equipos:

a) Equipos operativos de atención sociosanitaria para la gestión de casos.

Se plantean como equipos operativos diseñados para la valoración de casos, asignación de recursos concretos y diseño de los planes de atención/cuidados de las personas que los precisan así como el seguimiento de éstos.

Se opta por la gestión de casos como metodología de trabajo básica en la atención sociosanitaria. El desarrollo de recursos de atención sociosanitaria organizados en torno la gestión

¹ Se hace una propuesta de definición, a modo “estímulo de salida”, de recurso sociosanitario: Recurso de atención a personas que requieren de forma mantenida atención social y sanitaria para su atención y gestión de vida. Un recurso sociosanitario se caracteriza por: a) una comisión profesional conjunta que gestione el acceso y salida del recurso, b) una programación de servicios asistenciales o intervenciones coordinada y con implicación de ambos sectores, c) una atención y seguimiento de los casos coordinada, d) una financiación acordada por ambos sistemas y e) una evaluación conjunta.

Podría ser oportuno adjuntar en un anexo los recursos que se proponen queden bajo esta consideración. Esto, evidentemente, no significa que desde otros servicios sociales o sanitarios no se requiera una atención social y sanitaria coordinada...toda intervención social y sanitaria precisa de eso) Sin obviar esto, se trataría de “señalar” ciertos recursos que puedan tener esta consideración especial de recurso sociosanitario (los que cumplan las anteriores condiciones, o las que veamos, claro...) con el objetivo de buscar y en la medida de lo posible asegurar un mejor funcionamiento.

Podríamos considerar los siguientes recursos como sociosanitarios: unidades de convalecencia, recursos de alojamiento para personas con enfermedad mental (centros para personas adultas, plazas psicogeriatría era, plazas específicas para personas con discapacidad intelectual y enfermedad mental), servicios de atención infantil temprana...

de casos permite dar una respuesta coherente a situaciones de atención o cuidados que requieren una actuación social y sanitaria, favoreciendo la atención integral, la continuidad en la misma así como la costo-efectividad de las intervenciones.

Se propone, inicialmente, la creación de los siguientes equipos para la gestión de casos

- Equipos para la gestión de casos vinculados a las Unidades de convalecencia (se desarrolla posteriormente en el apartado correspondiente a las Unidades de convalecencia)
- Equipo para la gestión de casos vinculados a los recursos sociosanitarios para personas con enfermedad mental o coexistencia de la misma con otras situaciones (retraso mental, demencia...). Incluiría la valoración y el acceso a recursos sociosanitarios (ver apartado recursos salud mental) así como el diseño de planes de atención de casos de especial complejidad y su seguimiento.

b) Grupos de trabajo para la mejora de la atención sociosanitaria.

Se proponen como equipos interdisciplinares o ponencias técnicas con funcionamiento temporal vinculado a la misión concreta para la que sean diseñados. De este modo pueden ser creados para la elaboración de protocolos, programas, soportes metodológicos, así como para el diseño de nuevos recursos sociosanitarios, o la elaboración de estudios, etc.

Su composición será a propuesta de la Subcomisión Técnica Interinstitucional integrándose en ellos profesionales de sanidad y servicios sociales y otros expertos/as en los asuntos específicos a tratar.

En función de los cometidos del grupo se establecerá el ámbito de acción (área sociosanitaria u otras), su composición (profesionales de ambos sistemas), sus competencias concretas, su temporalización así como el modo de coordinación con la subcomisión técnica interinstitucional.

2. Puesta en marcha de unidades de convalecencia en residencias de personas mayores

Se ha constatado una utilización de los recursos sociales y sanitarios en muchas ocasiones inadecuada y poco eficaz: estancias hospitalarias que no responden a criterios estrictamente clínicos, excesiva frecuencia de reingresos, consumo de recursos no acorde con los perfiles de necesidades, imposibilidad de derivación o atención integral de los sistemas sanitario y social, duplicidad y fragmentación en los recursos, etc.

La pérdida de independencia que genera la evolución de sus procesos hace que determinados usuarios requieran una atención más específica que la que pueda facilitarles su familia o la misma Atención Primaria. Pero a la vez el hospital de agudos está evolucionado hacia la alta tecnología, lo que supone la necesidad de nuevas estructuras intermedias, que den respuesta a la creciente demanda de atención sanitaria de baja complejidad diagnóstico-terapéutica. Estas estructuras tienen como actividad principal la provisión de cuidados sanitarios de forma prolongada, pero dirigidos a aquellos ciudadanos con necesidad de cuidados complejos, y que en este documento denominamos **unidades de convalecencia**.

I. Definición

Programa terapéutico, limitado en el tiempo, con objeto de recuperación o estabilización de una situación de deterioro funcional o estado clínico. La recuperación, llegado a un punto límite, puede no progresar, y quedar establecida una situación de dependencia, que precisa una atención de mantenimiento. Este nivel de la atención sociosanitaria está mucho más de los cuidados que de la alta tecnología, precisando atención de enfermería continuada (24 horas).

II. Personas Usuarias

Las personas usuarias de esta Unidad serían aquellas que tienen una limitación funcional severa (totalmente dependientes para las actividades básicas de la vida diaria) y necesitan unos cuidados sanitarios de enfermería complejos.

Lo más frecuente es que procedan de alguno de los siguientes ámbitos:

- Pacientes ingresados en hospital de agudos que ocasionan una situación de dependencia transitoria o definitiva, y que culminan en el proceso de convalecencia o rehabilitación.
- Personas con un proceso crónico evolutivo en estadio terminal sin posibilidades de atención en el domicilio.

III. Ubicación

La ubicación de estas Unidades estaría en residencias gestionadas a través del ERA .

IV. Puerta de Entrada

La derivación de estos pacientes procedería del Hospital de Apoyo, de Atención Primaria, del Hospital de Área o Distrito y del ERA, previa evaluación por el Equipo Operativo de Valoración Geriátrica (posteriormente se define este recurso).

Los criterios de derivación deberían ser consensuados.

Tiempo de estancia: Se considera una estancia máxima de 3 meses que podría adaptarse a las circunstancias particulares de cada paciente mediante una prórroga de 2 meses. Alcanzado el tiempo o el objetivo terapéutico el usuario deberá de acceder a otro tipo de recurso o su domicilio.

Equipo Operativo de Valoración Geriátrica sería el responsable de la atención médica en las Unidades de convalecencia de cada Área Sanitaria.

La atención de enfermería se llevaría a cabo con recursos propios del ERA y del sistema de Salud.

V. Estimación de necesidades

En una primera fase se pondrían en funcionamiento 100 plazas con la siguiente distribución.

- Área III: 25 plazas
- Área IV: 50 plazas
- Área V: 50 plazas
- Área VII y VIII: 25 plazas

La ubicación de una experiencia piloto en el área V, con 25 plazas en el ejercicio 2016. La previsión será completar progresivamente las restantes plazas.

VI. Desarrollo de la propuesta

Un grupo técnico trabajará en la definición de:

- Criterios de entrada
- Criterios de salida.
- Procesos.
- Tipo de usuarios.

2.1. Diseño y puesta en marcha de equipo operativos de valoración geriátrica

Las personas usuarias principales de este equipo son las personas mayores que viven en residencias públicas dependientes del Organismo Autónomo ERA.

Partiendo del concepto de que la atención especializada ha de servir de apoyo a la Atención Primaria no sólo en el ámbito hospitalario o mediante el recurso cama, sino como asesor y colaborador para la resolución de las necesidades de este grupo concreto, se propone crear una estructura que articule los servicios de atención sanitaria a las personas mayores.

La actividad de valoración hospitalaria y comunitaria en geriatría es un proceso destinado a valorar las necesidades y diagnósticos de determinados pacientes con el objetivo de diseñar un plan de intervención global. De esta forma las Equipos Operativos de Valoración Geriátrica podrán contribuir a obtener una mayor eficacia en el proceso diagnóstico, un uso más racional del medicamento y una mejor atención en el domicilio, lo cual originará una menor institucionalización y una mejoría en el estado funcional, cognitivo y emocional del individuo.

I. Funciones

- Los Equipos Operativos de Valoración Geriátrica deberán de tener la capacidad de evaluación de casos complejos donde se gestione la asignación de recursos y en particular la unidad de convalecencia.
- En función de la ubicación de las Unidades de Convalecencia se asumiría la responsabilidad clínica de su atención sanitaria, así como la coordinación de la atención sanitaria en las residencias del Organismo Autónomo ERA.
- Podrá actuar como equipo consultor, en situaciones complejas, a demanda de los EAP y siempre en coordinación con los mismos.
- Uso racional el medicamento
- Formación Continuada en Geriatría

II. Composición

La composición del equipo con profesionales vinculados a uno u otro sistema funcionará con criterios únicos. Se recomienda:

- Profesional Médico: con perfil de Geriatra.
- Profesional de Enfermería: con perfil de Enfermería Especialista en Geriatría, coordinando a otros profesionales de enfermería.

III. Dependencia

Su dependencia será del Organismo Autónomo ERA, quedando a su criterio que sean recursos de gestión directa o concertada.

IV. Estimación de necesidades

Se necesitarían 4 Equipos (Áreas III, IV, V y VII/VIII de forma conjunta). Se podrían poner en marcha a partir de 2016.

3. Acciones para mejorar la coordinación entre atención primaria y las residencias de personas mayores del ERA

Una situación con la que se encuentran diariamente los profesionales de atención primaria es la atención sanitaria de la población que vive en residencias para personas mayores. En concreto, las personas dependientes que viven en residencias para personas mayores deben de recibir necesariamente atención sanitaria en el propio centro dadas las dificultades que presentan para la realización de las actividades propias de la vida cotidiana. Un aspecto especialmente relevante de esta población es que en general requieren una mayor cantidad de cuidados médicos y de enfermería, no obstante, en su mayoría obtienen un escaso beneficio de técnicas diagnósticas y terapéuticas de alta complejidad, demandando por el contrario servicios que tengan como finalidad mejorar su calidad de vida y autonomía personal. Esta situación desborda en ocasiones a los profesionales de Atención Primaria y tiene como consecuencia que se actúe a demanda y no de forma programada, hecho paradójico al ser la población que vive en residencias una de las que más se podría beneficiar de la actuación programada y preventiva.

Los Centros Residenciales públicos, dependientes del ERA, deberían tener recursos y mecanismos similares adecuados a la necesidad de los usuarios y por tanto su relación con AP no tendría que diferir en mayor grado.

En el caso de enfermería existe una duplicidad de recursos por cuanto los centros públicos y concertados tienen obligación por norma de disponer de enfermería, a la vez que los usuarios están asignados a su profesional de Atención Primaria correspondiente.

La asistencia sanitaria en residencias debería establecer sistemas de coordinación en el terreno sanitario de los profesionales de cuidados continuados, de modo que las personas mayores confiadas al cuidado de estos niveles reciba la asistencia sanitaria que precisen en cada momento con la precocidad e intensidad necesaria.

Actualmente residencias de 80-100 plazas se distribuyen entre 6-7 médicos de familia. Además se da la circunstancia de que un mismo médico puede tener pacientes de más de una residencia de personas mayores. Desde el grupo de trabajo **se propone:**

- a) La atención médica de cada residencia de personas mayores se concentre en 1 ó 2 médicos en función de su tamaño.
- b) Exista una consulta programada semanal en cada centro.
- c) Establecer cauces de comunicación entre enfermería de AP y del centro en lo que se refiere a protocolos de cuidados y necesidades de material.

El Equipo Operativo de Valoración Geriátrica podría aportar las siguientes funciones de apoyo:

- Consultor/a de casos complejos.
- Decisión acerca de la ubicación de pacientes en otros niveles asistenciales en coordinación con los mismos.
- Uso racional de Medicamento
- Formación continuada e investigación en este campo.

Otras acciones que podrían mejorar la eficiencia son las relacionadas con:

- Mejorar la gestión de farmacia y material sanitario.

- Central de compras de material. Actualmente el ERA está comprando el material a un precio bastante más elevado que el SESPA. La compra conjunta abarataría los costes. Actualmente se está llevando a cabo por el SESPA un análisis de la factibilidad de este punto.

- Mejorar la disponibilidad y el acceso al material sanitario. facilitar el acceso al catálogo general de productos dispensables desde el Centro de Salud de referencia, evitando listados reducidos que dificultan el acceso a determinados productos que son comprados por otras vías (p.ej.: antisépticos entre otros) o bien no son utilizados por falta de disponibilidad (p.ej.: determinados apósitos de cura en ambiente húmedo), lo que repercute sobre la calidad asistencial y/o el aumento de costes para la administración. (En algunos centros se deriva al usuario a realizar las analíticas de sangre al centro de referencia por ausencia de material para su realización en la residencia).

- Facilitar a los centros del ERA de recursos como los concentradores de oxígeno, sistemas de nebulización, equipos y material de suturas o simplemente sueros probablemente reduciría las derivaciones hospitalarias.

- La promulgación del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones contiene en su artículo 6 medidas relativas a la atención farmacéutica en los hospitales, en los centros de asistencia social y en los centros psiquiátricos, que requieren de desarrollo reglamentario autonómico. Según esa norma los centros residenciales que cuenten con una capacidad autorizada de 100 camas o más en régimen de asistidos deberán disponer de un servicio de farmacia propio.

No obstante y de conformidad con la normativa estatal, a instancias de la entidad titular del centro, dicha exigencia podrá ser eximida por el órgano competente de la Administración Sanitaria mediante la suscripción de acuerdos o convenios, siempre y cuando el centro sociosanitario disponga de un depósito de medicamentos vinculado a un servicio de farmacia de la red pública del área de salud correspondiente.

Las experiencias en otras Comunidades Autónomas sugieren un ahorro medio de 580 euros residente/año (Galicia). En todo caso su puesta en marcha requiere un análisis de los puntos críticos: prescripción, comunicación con el servicio de farmacia, dispensación, transporte, fórmulas para el copago del usuario,... Para ello se ha creado un grupo de trabajo formado por técnicos del SESPA y ERA.

- Incorporar el uso de las nuevas tecnologías en las residencias del ERA.

- Informatización de los centros residenciales para mayores. Para facilitar la coordinación con el servicios de salud, sería conveniente la puesta en marcha en los residencias de personas mayores del ERA de la historia clínica electrónica, facilitando el acceso a OMI-AP vs SELENE de los profesionales sanitarios del centro. Se debería incluir a los profesionales de enfermería del ERA en el registro GID de Gestión de Identidades para facilitar la trazabilidad.

Las residencias del ERA están informatizadas y todas tienen un Terminal por lo que el único paso que resta es incorporar la aplicación. No obstante, por parte del SESPA se va a realizar una consulta a los Servicios Jurídicos del Principado de Asturias para analizar los problemas de confidencialidad que se pudieran derivar.

- Las residencias y en especial las dependientes del ERA, sean incorporadas al uso de tecnologías que mejoran la eficacia y accesibilidad a los servicios de salud (p. ej.: disponer de medidores de coagulación en todas las residencias. Se da la paradoja que residencias con menos de cincuenta usuarios disponen de ellos mientras que centros de cien, doscientos o más residentes no)

- Existencia de un servicio conjunto y compartido para el transporte de analíticas desde el ERA a los centros del Servicio de Salud.

- **Facilitar el acceso a consultas y pruebas diagnósticas a los cuidadores formales e informales de personas dependientes que los acompañan al hospital.** Tal como se hace en otras CCAA con la Tarjeta del cuidador.

4. Acciones para mejorar la atención al trastorno mental grave con necesidad de alojamiento

Existe una variedad de tipos y modelos de servicios, con financiación y gestión diferente en cada área sanitaria y entre áreas que es necesario unificar.

Los recursos específicos de atención 24 horas en salud mental se contemplan para personas con trastorno mental grave, con independencia de que puedan presentar una deficiencia intelectual, un deterioro cognitivo (por psicosis o por demencia), consumo de tóxicos, etc.

Si la conducta del paciente es compatible con la convivencia normalizada, las necesidades de alojamiento deberían satisfacerse como en el caso de cualquier otro ciudadano.

Cuando con un trastorno mental grave coexiste, por ejemplo, una discapacidad intelectual, dada la diferenciación de recursos existentes para personas con discapacidad psíquica o con trastornos psiquiátricos, conviene distinguir a qué se deben las dificultades que hacen que se necesite un recursos sanitario, social o sociosanitario:

1) Si la necesidad del recurso se basa en conductas justificadas o explicadas desde la patología/enfermedad mental que hacen incompatible su convivencia en el medio habitual, será necesario valorar dónde debe recibir el tratamiento más oportuno;

2) Si las conductas tienen que ver con la deficiencia intelectual el recurso ha de corresponder a esas características, con independencia de que necesite, en un momento determinado, asistencia desde SM en cualquier recursos asistencial, desde ingreso a tratamiento ambulatorio, etc.

La necesidad de alojamiento puede estar relacionada con la carencia de vivienda o con la incompatibilidad para compartirla (integración en el contexto), incluso con la familia si la dinámica familiar resulta un factor desestabilizador.

Otro factor que influye en el acceso a recursos de alojamiento es la edad.

Las necesidades de recursos sociosanitarios para pacientes con trastornos mentales graves/severos, para la cobertura de alojamiento y cuidados básicos, se pueden concretar en las siguientes:

1. Recursos sociosanitarios para personas con enfermedad mental.

a. Pacientes en los que se necesita cubrir necesidades de alojamiento por imposibilidad de incorporarse a su lugar de residencia habitual, bien por carencia del mismo o por déficit en habilidades de autonomía personal en las necesidades básicas de la vida diaria, en cuya cobertura sería susceptible de participar el interesado en la medida de sus posibilidades. Esta cobertura debería realizarse en recursos de alojamiento pequeños, públicos o concertados con entidades especializadas.

b. Unidad Residencial de Meres, con 26 plazas, para personas sin expectativa de alta, en

situación residencial a largo plazo. Es una estructura propia de cobertura de necesidades sociosanitarias, en la que el soporte básico alude a cuidados básicos y alojamiento, y necesidades sanitarias por asistencia normalizada, Atención Primaria, y Salud Mental. Las personas usuarias dependerán del servicio de salud, pero contarán con el apoyo de los programas gestionados desde servicios sociales para favorecer su integración y su búsqueda de la autonomía. Se buscará que las personas que utilicen este recurso, y que vayan superando edades propias de una atención residencial, sean ubicadas en recursos residenciales gestionados desde servicios sociales, siempre y cuando su estado sea el propio de una persona mayor.

2. **Plazas psicogerítricas** en residencias concertadas por el ERA: en la actualidad tienen cobertura psiquiátrica propia. El acceso a estas plazas está restringido por su saturación; el criterio de que cualquier persona con un diagnóstico de trastorno mental es candidato exclusivamente a estas plazas psicogerítricas hace que los que están en lista de espera se acumulen en servicios de salud mental.

3. **Pisos con distintas necesidades de cobertura.** Son recursos sociales para aquellas personas que necesitan básicamente cubrir necesidades de alojamiento, manutención y cuidados básicos. Ha de existir siempre una cobertura directa de necesidades asistenciales por los Servicios de Salud Mental (Programa de atención a Personas con Trastorno Mental Severo).

Propuestas concretas:

a. Gestión de la unidad residencial de Meres por Salud, con coordinación con Servicios Sociales, con la intención de que se convierta en un recurso de alojamiento de salud mental para menores de 50 años.

b. Valoración de los residentes actuales en Meres que superen esa edad para darles acomodo en lugar que más se adecue a sus necesidades:

I. Plazas ERA en mayores de 50 años sin problemas de funcionalidad

II. Plazas de psicogeriatría en mayores de 50 años con problemas de funcionalidad.

III. Unidad residencial de Meres en < de 50 años.

c. Trabajar protocolos entre Salud Mental y el área de admisiones del ERA para que la valoración por parte de psiquiatría sea tenida en cuenta en el momento de alojar a una persona en alguna residencia del ERA o concertada. En general, las personas mayores de 50 años con enfermedad mental y sin problemas de funcionalidad o convivencia serán derivadas a plazas ERA. Las personas con trastorno de la funcionalidad o con alteraciones de conducta que imposibiliten la convivencia normalizada entrarán en la lista de psicogeriatría.

d. Protocolizar la atención por parte de Salud Mental de los pacientes que viven en residencias del ERA, de tal forma que existan canales de comunicación que permitan la actuación ágil y precoz ante posibles agudizaciones. En la medida de lo posible, los profesionales de psiquiatría deberían realizar consultas programadas de los pacientes que viven en centros residenciales y tienen problemas de funcionalidad.

e. Reevaluar a medio plazo los residentes que ocupan actualmente las plazas de psicogeriatría al considerar que una proporción por determinar podrían ocupar plazas ERA o en pisos.

4. Recursos sociosanitarios para personas con discapacidad intelectual y enfermedad mental.

Los pisos o viviendas destinadas a personas con enfermedad mental severa existentes en la

actualidad dependen de Servicios Sociales o de Sanidad, bien a través de FASAD, bien a través de una entidad de iniciativa social especializada.

- La financiación y gestión de este recurso debe correr a cargo de Bienestar Social, o bien a través de Sanidad con entidad de iniciativa social. Se irá procediendo a utilizar viviendas de VIPASA en todos los casos, ya que supondría un menor gasto y daría mayor estabilidad al recurso.
- Se contemplan varios tipos, todos deben contar con el compromiso del interesado:
 - a. Gestión Pisos o Viviendas tuteladas: para personas que no precisan supervisión permanente (residencia). Varias Áreas. Gestión a través de Bienestar Social.
 - b. Gestión de pisos o viviendas para personas con supervisión directa o permanente:
 - Temporal, hasta un máximo de 18 meses, con objetivos a plazos concretos en obtención de habilidades de la vida diaria (funcionales y económicas) que permitan el paso a una vida independiente en pisos normalizados.
 - Definitiva: personas que han superado los objetivos de la fase temporal o ya tengan habilidades suficientes para una vivienda en condiciones autónomas (habilidades y económicas).
 - Los casos que no alcanzan objetivos para pasar a la segunda fase, optan a un alojamiento en condiciones más tuteladas.

Propuestas concretas:

- a. La actual gestión de los pisos por FASAD y la Fundación Siloé debería ser más homogénea en cuanto a recursos y tipo de profesionales que participan. Un grupo técnico debería de definir este punto para que la atención sea de calidad y eficiente.
- b. Gestionar el alquiler de pisos siempre por medio de VIPASA.

Todos los recursos sociosanitarios que se plantean en este documento precisan de la colaboración estrecha de los servicios de salud mental, que deben asegurar la cobertura asistencial necesaria, y los recursos sociales, que cubren el alojamiento y cuidados. En el caso de personas con trastorno mental grave/severo, la derivación al recurso debe estar respaldada por los profesionales responsables del caso, terapeuta y tutor.

Con independencia del lugar en el que viva una persona que presente un trastorno mental grave, debe continuar el tratamiento que le corresponda con los Servicios de Salud Mental, de la misma manera que los pacientes que viven en sus domicilios. Ese tratamiento se realizará en el lugar más adecuado para su tratamiento, bien sea una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de agudos, una Estructura Intermedia, un tratamiento ambulatorio o seguimiento en el domicilio (propio, residencia, etc.).

Estimación de recursos asistenciales y necesidades de alojamiento (incluye los ya existentes) para personas con trastorno mental grave en los próximos cuatro años:

	Area I	Area II	Area III	Area IV	Area V	Area VI	Area VII	Area VIII	Total
Unidad Residencial Meres 2015-2016				26					26
Recursos de alojamiento asistido para toda Asturias 2015-2018			30	30	30				90
Plazas en Residencias (ERA), incluyen las psicogeríatras 2016-2019	8	6	16	25	25	10	15	15	120
Pisos supervisados: 1ª fase, nivel autonomía bajo, supervisión directa parte del tiempo: plazas 2015-2017	3		6	9	9		3		30
Pisos Tutelados: 2ª fase, nivel autonomía alto, en nº de plazas 2016-2018	6	3	15	25	25	6	6	6	92
									358

- Los recursos de alojamiento asistidos son plazas para toda la población de Asturias, precisan un Enfermero/a y sería recomendable personal Educador Social. Gestión con asistencia sanitaria directa de SM, y contando con la colaboración de servicios sociales, a través de la figura de educador social.
- Las plazas en el ERA (incluyen las psicogeríatras concertadas) son estimaciones referidas a personas que necesitan supervisión permanente y una atención por SM más directa que lo habitual en plazas normales del ERA. Gestión por ERA con asistencia sanitaria intensiva y directa de SM. Se propone una experiencia piloto en el año 2016.
- Los pisos supervisados son para personas dependientes que pueden estar fuera de Residencias, en tratamiento en los Servicios de Salud Mental. Gestión por SS.
- Los pisos tutelados: Para personas autónomas con tutela mínima, en tratamiento en los Servicios de Salud Mental. Gestión por SS.

El número de plazas estimadas variará o dependerá de la revisión de las situaciones de las personas que están en distintos recursos (de salud mental, ERA, psicogeríatras, etc.), unas veces en situación adecuada y otras no, y de determinar cuántas están en situación inadecuada. Por ello se propone realizar:

- Análisis periódico de los usuarios con objeto de valorar si pueden pasar a vivir en otro tipo de recurso (alojamiento tutelado, plaza del ERA normalizada, etc.).
- Diseñar un protocolo específico para el seguimiento de estos pacientes por Salud Mental (revisar compatibilidad con psiquiatra en las concertadas).
- Al igual que en los recursos intermedios habría que valorar más la funcionalidad (conductas y relaciones adecuadas) que el diagnóstico.

5. Acciones para mejorar la atención a la población infantil con especial vulnerabilidad

Protección de menores

El conjunto de actuaciones integradas en el marco público de servicios sociales, que la Administración del Principado de Asturias, en su condición de entidad pública, realice con el objetivo de promover el desarrollo integral del MENOR así como prevenir y remediar cuantas situaciones de indefensión detecte, atendiendo en todo momento, al interés primordial del menor y procurando su integración familiar y social.

Las medidas de protección previstas se dirigirán a aquellos menores de edad que residan o se encuentren transitoriamente en el Principado de Asturias y en los que concurra alguna circunstancia susceptible de actuación protectora.

Menores con necesidades específicas

- Con grave discapacidad
- Con enfermedades crónicas
- Con afectación por el maltrato recibido
- Con dificultades de comportamiento
- Con necesidades emocionales

Centros de alojamiento de menores

Son centros para la atención integral a menores respecto a los cuales se haya adoptado la medida de guarda y tutela y, por tanto, de acogimiento residencial. Su titularidad sólo podrá corresponder a la Administración del Principado de Asturias o a las instituciones colaboradoras de integración familiar habilitadas para la guarda de los menores en los términos establecidos en el Decreto 5/1998, de 5 de febrero.

Centros para mujeres con grave problemática sociofamiliar

Son centros de alojamiento temporal que posibilitan la atención integral a mujeres gestantes o con hijos e hijas a cargo, en situación de riesgo social, para garantizar el bienestar de los menores y la salvaguarda de su seguridad e integridad básica, eliminando o aminorando los factores que en cada caso están provocando la situación de riesgo de desprotección.

Acciones prioritarias:

- Difundir e implementar la *GUIA DE ACTUACIÓN* para los Servicios Sanitarios de Asturias ante el *Maltrato Infantil*.

- Para ello se debería realizar una propuesta Conjunta de proceso formativo por el Instituto Adolfo Posada

- Establecer protocolos de actuación con el SESPA que facilite el reconocimiento de las prestaciones sanitarias para todas las personas menores de edad que o bien están en familias de acogida (en lo que se refiere a la representatividad de los acogedores, que debería figurar en la historia clínica electrónica) o bien sean de otros países (se observa un funcionamiento dispar según el área sanitaria que corresponda).

- Revisar los criterios de derivación a Salud Mental Infantil para aquellos **menores tutelados y que residen en centros**. Actualmente las derivaciones a salud mental Infantil sólo se pueden hacer a través de los centros escolares o pediatría. Los centros escolares hacen derivaciones directas sin saber o tener en cuenta que los menores que han sido objeto de maltrato presen-

tan un tipo de conductas asociadas al tipo de maltrato recibido y por ello la valoración y procedencia de su derivación forma parte de un proceso integral de abordaje del caso que requeriría del establecimiento de un PROTOCOLO de coordinación de un plan de actuación. Por ello sería oportuno que desde servicios sociales se pudiese derivar a mental infantil.

- Trabajar sobre problemática de los menores extranjeros alojados en los centros hasta que son baja o se van porque encuentran un trabajo. Se considera de vital importancia conseguir la tarjeta sanitaria para estos menores.

- Desarrollar la salud bucodental para los discapacitados psíquicos.

6. Acciones para mejorar la atención a niños con trastorno del desarrollo

Recursos de Atención Temprana

Son centros donde se desarrollan el conjunto de actuaciones planificadas que con carácter global e interdisciplinar se dirigen a la prevención, detección, diagnóstico y abordaje terapéutico de los trastornos de desarrollo del niño/a en proceso de crecimiento y de las situaciones de riesgo social y biológico que puedan alterar dicho proceso

En el territorio del Principado de Asturias hay 13 Unidades de Atención Temprana, una generalista por área y en algunos territorios más de una por coincidir en ubicación con alguna de las Unidades Específicas existentes. A estas serían derivados, desde las generalistas, los niños que por su especificidad precisen un tratamiento especializado (problemas auditivos, visuales, de gran afectación del sistema motor o trastornos generalizados y graves del desarrollo).

EN EL AREA I

UAIT GENERALISTA DE TAPIA

EN EL AREA II

UAIT GENERALISTA DE CANGAS DE NARCEA

EN EL AREA III

UAITA GENERALISTA DE AVILES

EN EL AREA IV

UAIT GENERALISTA DE OVIEDO

UAIT ESPECIFICA VINJOY (auditivos)

UAIT ESPECIFICA ASPACE-OVIEDO (parálisis cerebral)

EN EL AREA V

UAIT GENERALISTA DE GIJON

UAIT ESPECIFICA ADANSI (trastornos generalizados del desarrollo)

UAIT ASPACE-GIJON (parálisis cerebral)

UAIT ONCE (trastornos visuales)

AREA VI ARRIONDAS

UAIT GENERALISTA DE ARRIONDAS

AREA VII

UAIT GENERALISTA DE MIERES

AREA VIII

UAIT GENERALISTA DE LANGREO

Total de niños atendidos en 2012: 1529

Propuestas:

- Se necesita crear el protocolo de derivación que realiza el pediatra en el OMI-AP o en el programa SELENE ya que algunas zonas de Asturias los niños son atendidos en sus consultas de primaria por pediatras de hospitales (p.e :Jarrio). El pediatra de A.P debería ser el profesional referente en el lado de salud para las UAIT y no que tengan, como hacen ahora, que coordinarse con el y además con varios especialistas del hospital de referencia. Se debería valorar si atención especializada sea quien tenga la continuidad asistencial hasta el alta del programa.

7. Acciones para mejorar la atención a personas adultas con discapacidad y/o dependencia y edad comprendida entre 18 y 65 años que utilizan recursos públicos de alojamiento o centros de apoyo a la integración

Recursos actuales para personas con discapacidad.

I. Programas de alojamiento para personas con discapacidad

Son recursos destinados a proporcionar alojamiento a personas adultas con discapacidad y con una situación socio-familiar que les impide residir en su hogar y necesitan por su grado de dependencia, un mayor nivel de apoyo personal y social que facilite su integración.

Los OBJETIVOS que se pretenden alcanzar con este recurso, son:

- Proporcionar alojamiento permanente.
- Posibilitar una atención integral desde el desarrollo de programas personalizados que garanticen la integración comunitaria.

Los SERVICIOS y PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN que se llevan a cabo en estos centros, son:

- Alojamiento.
- Manutención.
- Asistencia en las actividades de la vida diaria.
- Programas de promoción de la salud.
- Programas dirigidos a favorecer la adaptación e integración social de la persona con discapacidad.
- Programas de participación familiar.

En función de su adscripción a la Consejería de Bienestar Social, existen centros propios, concertados y subvencionados, que se encuentran ubicados en los distintos municipios de la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias.

Plazas de alojamiento en centros residenciales para personas con discapacidad

CENTRO	PLAZAS PERMANENTES	PLAZAS TEMPORALES	PLAZAS FIN DE SEMANA
ARCO IRIS	45	3	
Cabueñes	64	4	
La Arboleya	44	15	5
S. Marítimo	115	2	
D. Orión	65		
ASPACE	10	2	13
Rey Aurelio	16	2	
Vistaverde	21	4	
COCEMFE	17	4	
OVIDA	5		
CASTA	11	2	
ADANSI	16	3	
ACCEM	5		
Turón	18		
Cangas de Narcea	16		
TOTAL	469	41	18

Plazas de alojamiento en pisos tutelados

CENTRO	PLAZAS PERMANENTES	PLAZAS TEMPORALES	PLAZAS FIN DE SEMANA
Una Ciudad para Todos	28		
ADEPAS	6		6
Cruz Roja	14		
Rey Aurelio	6		
Rey Pelayo	8		
La Amistad	5	1	
Fundación Siloe	20	2	
AGISDEM			9
Aviola	10		3
F.Nuevas Iniciativas	8	2	
Emburria			6
TOTAL	100	7	22

* Leyenda

Personas con discapacidad intelectual	
Personas con discapacidad física	
Personas con autismo o trastornos del comportamiento asociados a alguna de las dos anteriores	

- Estancias en plazas de alojamiento temporal en 2012: 341
- Estancias en alojamiento fin de semana en 2012: 1318

Población diana de las acciones de coordinación sociosanitaria serían, primero, los centros propios con sus residentes de carácter permanente:

ARCO IRIS	45	Cabueñes	64	La Arboleya	44
-----------	----	----------	----	-------------	----

Y después todos los demás residentes con discapacidad alojados en centros concertados. Esta distinción se realiza porque hay cosas más fáciles de hacer en nuestros centros (acceso a OMI-AP, pedidos de material sanitario...) y solo algunas de estas se puede extender a los centros privados concertados.

La población diana para prevención y detección de malos tratos serían todas las personas con una discapacidad que les impida cognitivamente transmitir el maltrato que están sufriendo, tanto si no entienden lo que les pasa como si siendo capaces de entenderlo no tienen modo de transmitirlo.

Propuestas:

- Desarrollar acciones de salud para mantenimiento de las capacidades y preventivas de nuevas lesiones o enfermedades
- Crear protocolos de atención sanitaria dirigidos a personas con discapacidad que no puedan comunicar sus síntomas, ni siquiera con sistemas alternativos de comunicación (p.e: personas con grave retraso intelectual), esto también serviría para mayores con demencias.
- Crear una unidad de convalecencia, de carácter temporal, para personas con discapacidad o temporalmente dependientes tanto si ya están alojados en residencias del Principado como en su casa. Se precisan 20 plazas que se pueden integrar en las anteriormente citadas unidades de convalecencia.
- Se propone que exista un médico para las residencias Cabueñes y Arco Iris con acceso a las historias digitales del centro de salud de referencia (OMI-AP) para poder hacer recetas y mantener actualizado el historial sanitario de los residentes. Actualmente el centro de Cabueñes dispone de médico con capacidad de prescripción en SNS y atiende 65 pacientes.
- Unificar el catálogo ortoprotésico, en la actualidad seguimos dando ayudas desde el SESPA y desde la Consejería competente en materia de Bienestar Social que a veces se solapan.
- Crear un almacén de productos de apoyo (sillas de ruedas, muletas..) para realizar prestamos a las personas que lo necesiten. Habría que estudiar la posibilidad de que las personas a las que la administración de salud o de bienestar social les financia los productos de apoyo, los devuelvan cuando ya no los necesiten, o fallezcan, ya se hace en la Fundación Vinjoy con los audífonos).
- Diseñar e implantar un protocolo de maltrato para personas con discapacidad con edades comprendidas entre 15 y 64 años. En la actualidad no existe ninguno. Dicho protocolo debería realizarse por profesionales de ambos ámbitos, ya que en la actualidad están más acostumbrados a detectar el maltrato en personas con discapacidad los profesionales del campo social que los del campo sanitario.

Oviedo 15 febrero del 2015

PRINCIPAL BIBLIOGRAFIA UTILIZADA

- Grupo de trabajo. Bases para la atención socio-sanitaria en la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias. Informe Técnico. Consejería de Sanidad. Oviedo 1993
- INSALUD. Criterios de ordenación de servicios para la atención sanitaria a las personas mayores. INSALUD. Madrid. 1996. Monografía. Publicación 1674.
- Consejería de Sanidad. Grupo de trabajo. Proyecto de mejora de la Atención Socio-sanitaria 2002. Principado de Asturias. Informe Técnico. Consejería de Sanidad. Oviedo 2002
- Gago Argëlles, L.; Fernandez Diaz,.....Propuestas de programas de atención sociosanitaria en el SESPA. Informe Técnico. SESPA. Oviedo 2004.
- M. Cabré y M. Serra-Prat. Factores que determinan la derivación a centros socio sanitarios o residencias geriátricas de pacientes ancianos hospitalizados en unidades geriátricas de agudos. Rev. Esp. Geriatr Gerontol 2004; 39 (6) : 367-70
- Ruiperez Cantera, I. La atención sanitaria a las situaciones de dependencia. En CARITAS. Monografía: Documentación Social nº 141; abril-junio 2006. La protección social de la dependencia en España .
- Lázaro Peinado, Elisabeth. Trabajo social sanitario en unidades de convalecencia: Protocolo del programa de la planificación del alta para personas con fractura de fémur y/o con un ACV. AGATHOS. Año 2011 número 4
- Plan marco de atención socio-sanitaria en Extremadura 2005-2010. Junta de Extremadura. 2005.
- Coordinación Sociosanitaria. Modelo de Coordinación y Propuestas. Consejería de Sanidad y Consumo. Región de Murcia.
- Líneas Estratégicas de Atención Sociosanitaria para Euskadi. 2013-2016. Gobierno Vasco. 2012.
- Plan Marco de Atención Sociosanitaria de Galicia 2013. Líneas estratégicas para el desarrollo de acciones asistenciales sociosanitarias. Xunta de Galicia. 2013.
- Plan de acciones sanitarias en el ámbito sociosanitaria del servicio de salud. Govern de les Illes Balears. 2010.
- Manual de funcionamiento de los equipos de coordinación de base. Coordinación sociosanitaria. Junta de Castilla y León.
- La unidad sociosanitaria de carácter público en centro residencial de servicios sociales: un nuevo recurso. Sacyl y Servicios Sociales de Castilla y León. 2013.
- Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León. Junta de Castilla y León.
- Plan Estratégico de Geriátrica. En el entorno de la libre elección. Plan 2011-2015. Comunidad de Madrid.
- Baztán JJ, Suárez García FM, López-Arrieta J, Rodríguez-Mañas L, Rodríguez-Artalejo F. Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: meta-analysis. BMJ. 2009; 338: 334-338.

Anexo I

BASES DE LA ATENCION SOCIO-SANITARIA EN LA COMUNIDAD AUTONOMA DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

Oviedo, Julio 1993

INDICE DE MATERIAS:

INTRODUCCION34

Justificación.....34

Definición del objeto del estudio35

Ámbito de la intervención socio sanitaria.....35

Condiciones asociadas a los problemas socio-sanitarios.....36

Colectivos especialmente vulnerables37

PRINCIPIOS METODOLOGICOS PARA LA INTERVENCION SOCIO-SANITARIA.....38

Continuidad de Cuidados.....38

Intervención anticipada.....39

Intervención Interdisciplinar39

Fomento de la Auto atención40

Diversificación de servicios40

Coordinación de Servicios42

PROPOSITO Y OBJETIVO DEL INFORME42

METODICA DE LA INTERVENCION SOCIO-SANITARIA EN LA C. A42

Coordinación de programas42

Coordinación de Servicios.....43

Coordinación de casos43

MODELO DE SERVICIOS SOCIO-SANITARIOS EN LA C. A.....46

Sistema Informal de cuidados48

Sistema Formal de cuidados.....48

Servicios de cuidados continuados48

CONCLUSIONES 51

RECOMENDACIONES52

BIBLIOGRAFIA.....54

Este informe ha sido elaborado entre los meses de Febrero a Julio de 1993 a petición del Consejo de Sanidad y Servicios Sociales, por una comisión de profesionales de la Salud y de los Servicios Sociales de Asturias formado por las siguientes personas :

Coordinación y dirección: Julio Bruno Bárcena

Participantes: Alberto Fernández León
Carlos Castaño Barroeta
Enrique Peñuelas Carnicero
Elena Rodríguez Fernández
Julia Menéndez del Llano
Lina Menéndez Sánchez
Vicente Romero Bonacho

Secretaría y mecanografía: Mª Fernanda Gutiérrez Bioslada

INTRODUCCION

JUSTIFICACION

La evolución de las sociedades modernas y particularmente la española, ha comportado en los últimos años profundas modificaciones en las relaciones productivas, sociales y culturales de los individuos y las familias, generadoras del reconocimiento de nuevas necesidades sociales y demandas individuales como derechos públicos.

En consecuencia, se ha ido configurando una sociedad del bienestar que demanda servicios y exige equidad en la redistribución del beneficio social en bienes básicos como la asistencia sanitaria, la vivienda o los recursos económicos mínimos.

Paralelo al crecimiento del Estado de Bienestar han ido aflorando, en nuestra sociedad, un notable número de demandas sentidas de asistencia sanitaria y social, cuyo incremento no ha sido acompasado por una estructura de servicios públicos ni privados capaz de satisfacerlas en el plano de la disponibilidad, ni suficientemente sensible para detectarlas y canalizarlas en el plano de la accesibilidad.

Por otra parte, el envejecimiento de la población afecta a la estructura demográfica en términos relativos, derivados de la caída de la natalidad, pero también en forma de un incesante aumento de la longevidad, derivado de las mejoras en el campo de la Salud Pública. El fenómeno de compresión de la morbilidad generado por la concentración de las enfermedades crónicas e incapacitantes en los últimos estadios de la vida, supone un paulatino incremento de la población muy envejecida acompañado de elevadas tasa de morbilidad y discapacidad, con mayor dependencia de servicios de apoyo social y sanitario. Estos hechos plantean la necesidad de modificar los parámetros de planificación, organización y actuación de los actuales servicios.

La propia óptica social y cultural del concepto de salud ha sufrido profundos cambios en los últimos años, al incluir dimensiones comunitarias, medioambientales y del comportamiento. De hecho los servicios prestadores de asistencia sanitaria están modificando sus procedimientos, en relación a esta óptica y un ejemplo relevante lo constituye la progresiva desaparición de la práctica manicomial. En su lugar se han creado nuevas formas de atención y apoyo a los déficits psíquicos y a la discapacidad en el marco de la integración comunitaria de los individuos.

En suma, la mejora de las prácticas de salud pública y el progreso técnico han implicado una mejor comprensión de la prevención y el tratamiento de la enfermedad y sus factores sociales condicionantes. La intervención precoz sobre los riesgos para la salud y las prácticas de readaptación y rehabilitación de discapacitados, contribuyen de modo notable a prolongar la vida y el bienestar de las personas con enfermedades crónicas diversas. En consecuencia, se está incrementando el número de personas con discapacidad que requieren servicios de cuidados prolongados.

Por último, la especialización técnico-profesional ha contribuido a la definición de los dispositivos asistenciales en espacios bien delimitados por la indicación del acceso o la dependencia administrativa, no siempre acordes a las necesidades cambiantes de los ciudadanos; de modo que, entre estos espacios han aparecido soluciones de continuidad o rupturas asistenciales que excluyen al individuo de los servicios cuando su problemática biosicosocial reviste una mayor complejidad.

Se pone de manifiesto así, la existencia de un conjunto de demandas complejas que afectan a múltiples niveles del sistema social y de salud, ante las cuales los ciudadanos, no encuentran

respuestas sistematizadas y los dispositivos prestadores de servicios se encuentran desbordados en su capacidad de actuación.

En términos comunitarios, nos encontramos ante un “síndrome sociosanitario” cuya existencia supone un disturbio social creciente consistente en la percepción pública de ineficacia de los servicios sociales y sanitarios para abordar las necesidades generadas por situaciones de salud-enfermedad complejas.

DEFINICION DEL OBJETO DEL ESTUDIO

Ambito de la intervención socio sanitaria

El concepto de atención socio-sanitaria está asociado al de atención a la salud y a la dependencia de ésta con el bienestar de los individuos. El ámbito de la atención sociosanitaria así definida, incluye el conjunto de demandas de atención biosicosocial de la comunidad y la totalidad de las redes de servicios sociales y de salud dispuestas para satisfacerlas.

En Asturias el desarrollo de la Ley General de Sanidad y de la Ley de Servicios Sociales han establecido un marco de servicios de salud universales y de amplias prestaciones sociales que posibilitan la cobertura de un extenso espectro de contingencias, teóricamente consideradas. La implantación de la Red de A.P.S., la Reforma de los Servicios de Salud Mental y la aproximación de dispositivos y Servicios al ciudadano han sido muy notables. Por otra parte, el establecimiento de Unidades y Servicios de Medicina Geriátrica y la ampliación de los recursos institucionales han posibilitado afrontar una demanda asistencial en crecimiento.

Estos elementos coexisten aún con un grado de fragmentación y aislamiento importante, en ocasiones ajenos al resto de los elementos del sistema, no logran establecer el adecuado marco de relaciones con el resto de los elementos. El desarrollo armónico de este conjunto de estructuras exige la definición de relaciones, que permita concebirlos como un Sistema de Servicios dispuestos en función de las necesidades de los clientes, más allá de la mera aposición de unidades inconexas. Se pone de manifiesto que la comunicación y complementariedad de los dispositivos es condición necesaria para un desarrollo sostenible de los servicios.

El objeto de este informe se centra en las relaciones administrativas y de colaboración entre los servicios sociales y sanitarios, que en el estado actual, excluyen a los individuos de una atención integral y en los contenidos profesionales con que se afronta la intervención socio sanitaria. Debe destacarse, de entrada que la insuficiencia de recursos de las actuales redes asistenciales, puesta de manifiesto en esta comisión no ha sido motivo del presente estudio, aún cuando se reconoce su relación con la percepción de salud y de atención socio sanitaria de la sociedad.

En suma, el concepto de atención socio-sanitaria supone el establecimiento de una nueva aptitud en los servicios y en las relaciones entre estos, para detectar y afrontar el conjunto de problemas a que nos hemos referido. Incorporar esta nueva aptitud, requiere profundizar en la definición de los elementos y en las relaciones entre los servicios, que permita la modificación de las actitudes de los profesionales de los servicios sociales y de salud para abordar los problemas socio sanitarios.

La red de servicios existente contiene una gran potencialidad y, no se trata de crear una nueva red de servicios, sino de establecer los procedimientos necesarios para la inclusión de los problemas reales y graves de los individuos en el objeto de trabajo de los servicios y profesionales y de poner al alcance de ciudadanos y profesionales las estructuras de mediación y enlace exigibles entre los distintos niveles asistenciales.

Condiciones asociadas a los problemas socio sanitarios

Los colectivos sujetos de intervención sociosanitaria reúnen un conjunto de problemas de salud de carácter heterogéneo en el plano etiológico, clínico y funcional y que abarca poblaciones dispares en cuanto a la edad, la etnia, el diagnóstico, la autonomía y otras condiciones socioeconómicas.

La caracterización global de un ciudadano o enfermo como paciente socio-sanitario requeriría de escalas de valoración complejísimas aplicadas al individuo y su entorno social y familiar de las que no se dispone.

Por otra parte, se reconoce el hecho de que la percepción de salud es una vivencia subjetiva individual, cuya respuesta no está directamente en relación con la asistencia sanitaria o a la prestación social, sino que obedece a factores de naturaleza compleja.

En consecuencia, tomaremos aquí el concepto de problemas sociosanitarios. La red de servicios existente contiene una gran potencialidad y, no se trata de crear una nueva red de servicios, sino de establecer los procedimientos necesarios para la inclusión de los problemas reales y graves de los individuos en el objeto de trabajo de los servicios y profesionales y de poner al alcance de ciudadanos y profesionales las estructuras de mediación y enlace exigibles entre los distintos niveles asistenciales.

Condiciones asociadas a los problemas socio sanitarios

Los colectivos sujetos de intervención sociosanitaria reúnen un conjunto de problemas de salud de carácter heterogéneo en el plano etiológico, clínico y funcional y que abarca poblaciones dispares en cuanto a la edad, la etnia, el diagnóstico, la autonomía y otras condiciones socioeconómicas.

La caracterización global de un ciudadano o enfermo como paciente socio-sanitario requeriría de escalas de valoración complejísimas aplicadas al individuo y su entorno social y familiar de las que no se dispone.

Por otra parte, se reconoce el hecho de que la percepción de salud es una vivencia subjetiva individual, cuya respuesta no está directamente en relación con la asistencia sanitaria o a la prestación social, sino que obedece a factores de naturaleza compleja.

En consecuencia, tomaremos aquí el concepto de problemas sociosanitarios para referirnos a aquellos que tienen su origen en la exclusión administrativa o asistencial de los sujetos y no a características genéricas propias de los casos. Con ello se quiere poner de manifiesto la necesidad de abordar la situación individual del cliente.

Algunos grupos de población e individuos resultan especialmente vulnerables a los problemas socio sanitarios; las condiciones generales que se asocian a estos individuos o grupos se recogen a continuación:

1. Presencia de ENFERMEDAD CRONICA clínicamente objetivable, que genera
2. PERDIDA DE AUTONOMIA en el individuo e incapacidad total o parcial para resolver sus necesidades básicas, y en consecuencia
3. DEPENDENCIA DE CUIDADOS CONTINUADOS sociales y sanitarios cuya asignación exige
4. MEDIACION entre el individuo y los servicios prestadores de los cuidados e implica la
5. CONSTRUCCION motivada y responsable de la demanda por los profesionales.

Colectivos especialmente vulnerables

Los colectivos con especial riesgo de intervención socio sanitaria, a los que hace referencia este informe, son aquellos definidos en el contexto de la reducción del riesgo ante un problema de salud existente que, por condicionantes múltiples tiende al desarrollo crónico y la discapacidad social. Entre ellos cabe mencionar:

1. PACIENTE GERIATRICO
2. ENFERMO MENTAL
3. ENFERMO TERMINAL
4. OTROS

Desarrollaremos algunas condiciones de vulnerabilidad asociadas a estos colectivos:

1. PACIENTE GERIATRICO

Mayores de 80 años
Ancianos que viven solos
Viudos recientes
Altas hospitalarias
Parejas con enfermedad de un miembro Incapaces físicos y/o psíquicos
Personas con precariedad económica.

2. ENFERMOS MENTALES

- Ancianos con alteraciones crónicas de tipo afectivo y de la conducta.
- Enfermos psíquicos crónicos de edad madura con institucionalización prolongada y discapacidad relacional. Ausencia de apoyo social y familiar
- Nuevos crónicos. Enfermos psíquicos jóvenes con necesidad de apoyos normalizados de alojamiento y reinserción socio laboral no permanentes.

3. ENFERMOS TERMINALES

- Enfermos oncológicos con inestabilidad clínica y apoyos sociales frágiles.
- Enfermos de SIDA y otras enfermedades crónicas en fase terminal con apoyo social frágil y elevada dependencia de cuidados.

4. OTROS

- Enfermos neurológicos con déficits establecidos y falta de soportes de adaptación social.

Se han tratado de discriminar algunos colectivos que, con la mayor frecuencia presentan necesidades de intervención social y sanitaria conjunta. No se trata de excluir con esta referencia a otros grupos. Se insiste en que la construcción de las demandas socio sanitarias deriva de características intensamente ligadas a los individuos, su situación relacional y su historia personal.

La asociación de varias de las condiciones expuestas entre sí eleva el riesgo de dependencia de cuidados en estos colectivos. En particular la asociación de características de enfermo geriátrico y enfermedad mental produce una de las mayores demandas de atención socio sanitaria, que ha venido en llamarse demanda psicogeriátrica y está originada por la elevada prevalencia de la enfermedad de Alzheimer y otros trastornos cognitivos en los ancianos.

PRINCIPIOS METODOLOGICOS PARA LA INTERVENCION SOCIO-SANITARIA

1. CONTINUIDAD DE CUIDADOS

La continuidad de cuidados contribuye a uno de los aportes técnicos más importantes y al reto más difícil para quien trabaja en salud. Este principio ha sido calificado de medular por diversos autores y documentos científicos para poder hablar de modelo comunitario.

Etimológicamente se refiere a la “unión que tienen entre sí algunas cosas a las que se debe prestar solicitud y atención para hacerlas bien”, “la unión entre las dependencias o negocios que están a cargo de uno”. En la literatura el término cuidados tiene un sentido muy amplio que incluye tratamiento, rehabilitación, apoyo y soporte social y, en este sentido, debe ser considerada esta unión.

Usado para planificar servicios médicos y de enfermería desde los años 40, sigue discutiéndose hoy la continuidad de cuidados en varias especialidades médicas y es frecuente encontrarlo en referencia a cuidados pediátricos, quirúrgicos, oncológicos, geriátricos, nefrológicos y de salud mental con una especial involucración para los cuidados que se prestan en atención primaria de salud.

Conviene advertir de dos malentendidos que, con alguna frecuencia, se confunden con el término continuidad de cuidados, aunque en su contenido difieren bastante. La “continuidad de tratamiento” y el término “cuidados continuados” forman parte de la continuidad de cuidados pero son más restrictivos que éste, cuando hacen referencia exclusiva a la farmacoterapia o al contacto reiterado con distintos servicios.

Subyace, además en ambos malentendidos el riesgo de entender los cuidados de salud como cuidados médicos y donde el individuo, la familia y el grupo local solicitan este tipo de cuidados para recibirlos en actitud pasiva. La salud se entiende así, como un problema del médico, no es un tópico y origina, con frecuencia fuertes resistencias.

Como proceso, la continuidad de cuidados comprende el movimiento ininterrumpido y ordenado de pacientes entre los diversos recursos del sistema de servicios. Entre las diversas conceptualizaciones se han consensuado una serie de características o dimensiones básicas que representan un mínimo común denominador, de tal manera que la ausencia de una o más de estas dimensiones significaría la ruptura o discontinuidad. Señalamos aquí que, ruptura y continuidad son dos términos de un proceso dialéctico tanto en la explicación de la historia de un individuo con alteraciones de su salud, como en su calco en los cuidados que se le brindan.

Conviene señalar que el concepto continuidad de cuidados es central en la planificación de servicios para enfermos crónicos y básico para establecer la necesaria colaboración entre profesionales de salud y de otras disciplinas (médicas y no médicas).

Entre las dimensiones de la continuidad de cuidados se consideran las siguientes:

Dimensión temporal: la continuidad de cuidados es longitudinal por naturaleza. El fenómeno de la puerta giratoria ilustra de forma elocuente la ausencia de esta dimensión.

Dimensión individual: los cuidados son planificados para cada paciente-cliente y su familia. El paciente es el eje y punto de referencia para la continuidad de cuidados. Representa el concepto opuesto al de “dumping”, esto es la colocación indiscriminada y “al por mayor” de los pacientes en el hospital, asilo o comunidad sin considerar sus necesidades específicas. Esta dimensión configura la continuidad de cuidados como un modelo de paciente céntrico, en opo-

sición a los modelos basados en la especialización y localización de los servicios.

Dimensión Transversal o sincrónica: En cualquier punto, en el curso del cuidado del paciente, este puede recibir una variedad de servicios relativos a sus necesidades. Estas posibles aportaciones coordinadas constituyen un elemento de integralidad.

Carácter flexible: Esta dimensión permite:

- Ofrecer a necesidades variables, respuestas diferentes en cada momento.
- Tolerar a los pacientes avances y retrocesos aliviándolos de la presión de tener que mostrar siempre mejora y progreso.

Relación de confianza: De acuerdo con su existencia los contactos de los pacientes con el sistema de servicios están impregnados de una cualidad que permite al paciente confiar y colaborar con el equipo, sobre la base del interés por la ayuda y la atención. Aunque la relación persona-persona sería ideal, hay que señalar que la continuidad ofrecida por el equipo es más realista en muchos aspectos y permite reducir los riesgos de una prolongada relación uno-uno. Dimensión comunicante: Entre los pacientes y proveedores de servicios y entre los varios proveedores involucrados en cada caso se requiere una información fluida. En pacientes crónicos, el concepto de continuidad implica que el paciente tiene asegurada una conexión que dura todo el tiempo.

Se puede resumir diciendo que, para un determinado paciente, el cuidado que reciba sea prescrito individualizadamente para él y abarque tantos servicios como su impedimento requiera. Algunos servicios caen dentro del dominio de los dispositivos de Servicios Sociales, pero esta división administrativa no debe impedir el acceso a los cuidados.

2. INTERVENCION ANTICIPADA

Para el objeto de este informe, el concepto de intervención anticipada supone la prevención de un mayor daño en el individuo eligiendo el momento más adecuado para evitar o retrasar la dependencia o adaptar al individuo a la que existe.

Se trata de un concepto preventivo que debe asociarse a toda práctica profesional y permitir en cada caso tomar entre un conjunto de medidas, aquellas que tiendan a demorar la incapacidad, reducir sus efectos y evitar la dependencia.

En cuanto a los Servicios supone que la organización está alerta y permite la búsqueda activa de los sujetos en riesgo de dependencia. La existencia de instrumentos de detección sensibles a la problemática socio sanitaria en las puertas de entrada al sistema de servicios es principal para detectar con precocidad los problemas de esta índole. Cabe recordar, a este respecto, que los servicios de salud son con frecuencia los detectores de problemas sociales graves, por sus consecuencias últimas.

En particular la existencia de procedimientos de medición de la capacidad funcional, mental y de la situación social de los individuos, en las puertas de entrada al Sistema Sanitario: Red de A.P.S. y servicios de urgencias de atención especializada permitiría la detección de algunos de estos problemas; la intensificación de las estructuras de rehabilitación física y psíquica y el apoyo social a las insuficiencias de alojamiento, convivencia, integración laboral de enfermos crónicos posibilitaría una mayor reducción de la dependencia.

3. INTERVENCION INTERDISCIPLINAR

Concepto que se refiere a la necesidad de crear espacios integradores de las diversas disci-

plinas basados en la valoración de las necesidades socio sanitarias de los pacientes, en los planos:

- médico
- funcional
- mental
- social

La situación evolutiva cambiante de los enfermos crónicos pone de manifiesto que la intervención especializada casi nunca es un sólo hito o episodio en la historia del paciente y que éste requiere, con frecuencia, grados diversos de implicación de las distintas especialidades, según el momento, el lugar y el objetivo de la intervención.

El producto integrador de las diversas perspectivas que se vierten sobre un paciente crónico demanda, con frecuencia la figura de “responsable del caso” que facilite a éste una aproximación global de la situación y module y oriente su demanda.

En algunos países desarrollados ha sido promovida la figura de coordinador de casos referida a la atención de enfermos psíquicos, la de case management referida a la atención geriátrica y la de visitador de salud referida a la atención comunitaria. El denominador común de todas ellas implica la evaluación de la situación individual del cliente y la intervención mediadora del profesional para que aquel disponga en cada momento de los recursos más adecuados.

En nuestro país este rol debe ser asumido con carácter general entre los profesionales de A.P.S. En el caso de la salud mental y la asistencia geriátrica es frecuente que este papel sea asumido por los profesionales de estas disciplinas. Con carácter general debiera implantarse asimismo la figura de responsable en el nivel de atención especializada.

4. FOMENTO DE LA AUTOATENCION

El Sistema informal de cuidados tiene un peso transcendental para el mantenimiento de la calidad y cantidad de cuidados. La autoatención y la atención familiar constituyen las modalidades predominantes de asistencia en todos los países. El significado básico de este concepto consiste en:

- que las personas cuiden de sí mismas.
- que las familias se asistan unas a otras
- que los vecinos, amigos y comunidades proporcionen respaldo y servicio a quienes lo necesitan
- que se elaboren políticas de promoción de la salud
- que los profesionales de la atención a la salud ayuden y alienten a los individuos y a las familias a cooperar con ellos para preservar la salud.

Los programas de promoción de organizaciones voluntarias, de apoyo a los cuidadores - en particular mujeres- y de información entran de lleno entre los requisitos para conservar el sistema de cuidados informales.

5. DIVERSIFICACION DE SERVICIOS

El Sistema de Salud se ha configurado en dos niveles asistenciales nítidamente diferenciados de Atención Primaria y Especializada, que no han previsto los espacios comunes de integración y relación en la atención continuada de los pacientes con problemas de dependencia compleja. A su vez el Sistema de Servicios Sociales ha diferenciado niveles asistenciales de Atención Primaria y Especializada con dispositivos de atención comunitaria e institucional. El desarrollo de servicios prestadores de asistencia ha sido extenso, sin que se hayan contemplado suficiente-

mente servicios intermedios o a caballo entre la institucionalización y la orientación.

El Sistema de Servicios ha posibilitado de este modo una diferenciación entre las funciones de diagnóstico y tratamiento -particularmente farmacológico- en distintos niveles de asistencia, más orientadas al consumo de los recursos existentes en cada nivel, en detrimento de las funciones de cuidado de la salud, adaptación, rehabilitación y reinserción social.

En ambos sistemas se hace preciso promover una nueva cultura de la intervención que tienda a movilizar los recursos comunitarios y familiares y a promover apoyos temporales, intermitentes o permanentes según la dependencia de los individuos y las dificultades del medio socio-familiar para tomar a cargo sus cuidados.

Entre ambos sistemas se hace preciso definir espacios integradores de la intervención, más allá de las peculiaridades de cada uno. Espacios compartidos entre ambos niveles asistenciales y entre ambas redes de servicios pueden facilitar la optimización de los recursos existentes.

Se ha convenido en llamar a estos espacios estructuras intermedias y servicios de cuidados continuados. Entre ellos se incluyen: hospitales de día; servicios de hospitalización a domicilio; unidades de cuidados paliativos; comunidades terapéuticas; unidades de rehabilitación psíquica y han probado una alta eficacia en afrontar los problemas socio sanitarios de nuestro tiempo en otros países.

Es necesario destacar aquí que las características de universalidad y gratuidad de los servicios de salud no se corresponden a la lógica prestatoria de los servicios sociales especializados, cuyo desarrollo histórico deriva de características económicas relacionadas con el derecho laboral y no conllevan gratuidad. De hecho la financiación de algunos de los recursos institucionales se hace en base al sistema de salud sin que exista un claro marco de prestaciones gratuitas y no gratuitas.

Además las características de acceso a los servicios sociales de tipo institucional han primado el criterio socioeconómico en detrimento de la situación de dependencia psico-física de los individuos, sin considerar suficientemente que la dependencia, por sí misma genera un problema social en tanto que exige la concurrencia de terceros y de apoyos diversos para suplir las insuficiencias del dependiente. La propia situación socioeconómica de los individuos y las familias resulta afectada por la situación de dependencia y no permite establecer parámetros homogéneos de valoración sin tener en cuenta esta circunstancia.

La literatura ha sido extensa en describir el amplísimo abanico de servicios sociales que deben preverse para situaciones particulares de los individuos; alojamientos temporales; alojamientos fin de semana; ayudas a terceras personas; financiación de la reinserción laboral; ayudas especiales para situaciones críticas.

En resumen, los servicios que actualmente proporcionan ambos niveles asistenciales en la red de salud y en la de servicios sociales se reducen rígidamente a la prescripción y orientación ambulatoria o alternativamente a la hospitalización o institucionalización de las personas discapacitadas. Esta rigidez genera insuficiencias en un buen número de situaciones que no pueden ser atendidas con los recursos actuales e ineficiencias en aquellos casos en que la institucionalización y hospitalización podría ser evitada o retrasada con el cuidado y la atención en el domicilio.

Se trata, por tanto, de disponer los servicios con la flexibilidad necesaria para satisfacer las necesidades de los clientes.

6. COORDINACION DE SERVICIOS

Diferenciaremos tres niveles:

- Estratégico
- De gestión
- Operativo

En el **nivel estratégico** se destaca la dependencia administrativa diversa de los servicios sociales y de salud; en particular la inexistencia de transferencias en Servicios Sociales y Sanitarios plantea dificultades de coordinación administrativa y diferencias entre los objetivos de las redes central, autonómicas y locales.

En el **nivel de gestión** es manifiesta la inexistencia de coordinación entre los responsables de la gestión sanitaria y social que posibilite el establecimiento de criterios compartidos en la gestión de los recursos socio sanitarios.

En lo que se refiere al **plano operativo** se destaca la inexistencia de un marco de intervención común para los profesionales de las distintas estructuras de servicios sociales y de salud. A este respecto, se considera que los programas compartidos entre distintas redes y profesionales pueden procurar la colaboración y la intervención interdisciplinar con el paciente, su familia y las instituciones comunitarias, en relación a las necesidades específicas de aquel.

Se considera que los programas compartidos constituyen el hilo conductor de las políticas, actividades y procedimientos para los Servicios y permiten el establecimiento de marcos reales de relación entre niveles de atención y dispositivos.

PROPOSITO Y OBJETIVO DEL INFORME

En base a los principios desarrollados, la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales ha formulado el propósito de modificar el tipo de intervención socio sanitaria que desarrollan los Servicios en la Comunidad Autónoma, en relación a la prevención de la discapacidad y al mantenimiento del grado óptimo de autonomía personal en los colectivos tributarios de atención sociosanitaria. En consecuencia se ha encargado a un grupo de profesionales el estudio y la elaboración de un informe que recoja este propósito.

OBJETIVO GENERAL

El objetivo del presente informe es contribuir a mejorar la accesibilidad, continuidad y calidad de cuidados a los colectivos de enfermos crónicos con discapacidad, pérdida de autonomía personal y dependencia social y sanitaria y proponer las estrategias más adecuadas a los problemas socio-sanitarios.

METODICA DE LA INTERVENCION SOCIO SANITARIA EN LA COMUNIDAD AUTONOMA

COORDINACIÓN DE PROGRAMAS

El conjunto de las poblaciones vulnerables a la incapacidad y a la dependencia indicadas en el inicio de este informe, configuran una diversidad de demandas heterogéneas en los planos clínico, funcional, psíquico y social. La garantía de ofrecer los cuidados socio-sanitarios que cada individuo precisa será facilitada por la existencia de programas específicos en relación a cada una de las subpoblaciones anteriormente referidas. Si bien se considera que todos los casos de atención socio-sanitaria no pueden ser incluidos dentro de los programas existentes, es opinión de esta Comisión, que debe de mantenerse o implementarse al menos los programas siguientes:

1. Programa de Asistencia Geriátrica.
2. Programa de Psicogeriatría.
3. Programa de Cuidados Paliativos
4. Programa de Atención al SIDA
5. Programa de Toxicomanías
6. Programa de Rehabilitación enfermos psíquicos

Estos programas tienen impacto sobre la gran mayoría de las demandas de atención socio-sanitaria según la literatura conocida y suponen la existencia de protocolos de manejo socio-sanitario a lo largo de todas las estructuras de la red de cuidados sociales y de salud, atención primaria y especializada.

La existencia de estos programas permite disponer de objetivos comunes que impliquen al conjunto de Servicios y los indicadores de evaluación de evaluación precisos para conocer la eficacia en el cuidado de gran parte de los pacientes a los que nos referimos.

Como conjunto de actividades ordenadas con el fin de alcanzar objetivos, los programas pueden constituirse en instrumentos de asignación de recursos y de Dirección del Sistema de Servicios.

Cada uno de ellos debería incorporar fórmulas de colaboración entre Servicios Sociales y de Salud y criterios de utilización de estructuras intermedias o Servicios de Cuidados Continuados.

El responsable del caso en Atención Especializada y/o el coordinador del caso en Atención Primaria pueden delimitar acciones homogéneas en base a protocolos predefinidos en cada uno de los programas.

COORDINACIÓN DE SERVICIOS

La fragmentación en la gestión de los servicios sociales, de salud mental y de atención geriátrica como se ha descrito más arriba, no debe implicar la existencia de un vacío en la intervención y en las respuestas que el sistema en su conjunto puede ofrecer a cada usuario. Por ello, se hace preciso coordinar en base al establecimiento de nuevas relaciones, el conjunto de estas estructuras en la Comunidad Autónoma.

1. Relaciones entre Atención Primaria y Asistencia Geriátrica Especializada.

A nivel estratégico se destaca la necesidad de incorporar los Servicios y Unidades de asistencia geriátrica entre las prestaciones normalizadas del Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma y regular su ámbito de actuación y de relación con el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

El reconocimiento de la existencia de estas unidades para la Red Asistencial Pública implica definir formalmente los flujos de la demanda y la financiación de estos servicios.

Otro capítulo especial en este terreno es el de la formación conjunta de profesionales.

En el nivel de gestión, las relaciones entre asistencia geriátrica y Atención Primaria pueden organizarse en torno a los programas de geriatría del Area de Salud. Cobran especial interés las relaciones entre ambos niveles asistenciales para la utilización de dispositivos como: Hospital de día, rehabilitación funcional y unidades de cuidados paliativos.

En el nivel operativo la definición de interconsultas y la valoración geriátrica a la cabecera del enfermo pueden suponer un buen apoyo a la continuidad de cuidados.

2. Relaciones entre Atención Primaria y Salud Mental.

El desarrollo territorial de la Red de APS y las estructuras de Salud Mental ha sido muy intenso si bien deberá darse un nuevo impulso en relación a los siguientes aspectos:

2.1. Formación de personal clínico de Atención Primaria.

2.2. Análisis y discusión de criterios de derivación.

2.3. Desarrollo de intervenciones conjuntas compartiendo programas y espacios.

2.4- Apoyo y supervisión especializada más intensa a las demandas de Atención Primaria. Criterios de detección de problemas.

3. Relaciones entre Salud Mental y Asistencia Geriátrica.

La base principal de las relaciones entre la asistencia geriátrica y los servicios de salud mental se encuentra en la detección, evaluación y seguimiento de las patologías que vienen configurando lo que se ha denominado psicogeriatría.

El núcleo de las relaciones entre ambos dispositivos se encuentra en el programa de psicogeriatría del área. En cualquier caso, este programa ha de garantizar la ordenación fluida de las interconsultas que se hagan precisas entre ambas redes, así como un aporte del manejo de los aspectos psicológicos de las distintas patologías y de los derivados de la hospitalización, incluyendo la Rehabilitación psicológica.

Se conviene en que los programas de psico-geriatría deben ubicarse en el seno de los servicios de Asistencia Geriátrica del territorio. Dado el volumen de demanda que supone los trastornos incluidos dentro de este tipo de programas, se precisa la incorporación de otros profesionales especializados en Salud Mental en los Servicios de Geriatría en aquellas Áreas de mayor volumen de población y los procedimientos de interconsulta necesarios en el resto de las Áreas.

Por otra parte, son necesarios procedimientos de formación continuada que contemplen la participación y colaboración mutua en la formación de los profesionales de Geriatría y de Psiquiatría en áreas comunes.

4. Relaciones entre Servicios Sociales y de Salud.

Dividiremos éstas entre las que se deben de establecer en el medio comunitario: relación atención primaria de salud-servicios sociales de zona y las que se originan en relación al alojamiento y vivienda de personas discapaces en el curso de su manejo en estructuras intermedias de tipo sanitario. En el primer aspecto, se considera relevante potenciar acciones integradas de Ayuda a domicilio desde Salud y Servicios Sociales para mejorar la calidad de este servicio.

Se señala, en particular, el potencial de enfermería como visitador de salud y coordinador de casos.

Es necesario regular asimismo, la atención de salud a las instituciones residenciales de incapacitados, en desarrollo de lo dispuesto en la Ley de Atención al Anciano.

A este respecto, se hace patente la insuficiencia de asistencia sanitaria específica en algunas áreas con elevado grado de instituciones residenciales con personas dependientes y la tendencia natural a la incapacitación de la población institucionalizada.

Por otra parte, la expectativa de incapacitación progresiva de la población institucional hace preveer un agravamiento de las demandas asistenciales de esta población.

La Ley del Anciano contempla la posibilidad de regular situaciones específicas de organización asistencial.

Desde los servicios de Salud se destaca la necesidad de concebir el alojamiento como un recurso dependiente de los Servicios Sociales, que debe facilitar el manejo de discapacitados en estructuras intermedias o en programas de readaptación funcional. El alojamiento es un derecho social básico y un recurso imprescindible para la eficacia de muchos programas de salud. El alojamiento temporal o transitorio permitiría abordar intervenciones de rehabilitación que no son posibles sin superar esta insuficiencia. El alojamiento de personas con carencias familiares y económicas, independientemente de la estabilidad de su curso clínico o de la necesidad de manejo sanitario gravita sobre servicios de salud, cuando se da una discapacidad sea funcional o relacional.

COORDINACIÓN DE CASOS

La intervención socio-sanitaria es un proceso que debe responder a las necesidades específicas del cliente en el momento en que se presentan y en el medio social en que éste vive, mediante una diversidad de respuestas posibles, razonables y proporcionadas a la situación. La intervención socio-sanitaria es, por su naturaleza, multidisciplinar y se dirige a movilizar los recursos formales e informales del entorno del individuo discapacitado a fin de dar una respuesta de calidad a las necesidades y demandas planteadas por su dependencia.

La metodología de la intervención sociosanitaria incluye con carácter general las siguientes etapas:

1. Identificación y Evaluación del problema.
2. Definición de un plan de intervención adecuado a las necesidades.
3. Ejecutar el plan de intervención: crear y coordinar servicios en función del plan.
4. Seguir la evolución del plan y reevaluar la situación del cliente.

Se destaca la necesidad de que la intervención socio-sanitaria sea realizada por los profesionales responsables del paciente que deberían asumir el rol de coordinadores de casos, es particularmente importante en Atención Primaria, dada la situación privilegiada de estos profesionales para generalizar la continuidad de cuidados; pero no excluye su asunción por especialistas cuando la situación del paciente hace que éste se identifique con un servicio específico.

La intervención socio-sanitaria es la responsabilidad principal del coordinador del caso, figura profesional de los servicios sociales o sanitarios, capaz de construir la demanda del paciente informando a él y a su familia de los recursos disponibles para satisfacerla y mediar ante las instituciones sociales o sanitarias cuando sea necesario.

Las funciones del coordinador del caso se resumirán en asegurar que las necesidades del cliente sean evaluadas y que se oferten, los servicios más apropiados en calidad y cantidad.

El coordinador de casos se encuentra entre las necesidades del cliente, la familia y los dispositivos prestadores de los servicios y debe coordinar las actividades de evaluación y seguimiento del cliente.

Funciones del coordinador del caso

1. Atender individualmente los clientes

2. Iniciar el proceso de evaluación
3. Reunir los datos que resulten de la evaluación en un informe por cliente
4. Elaborar un plan de intervención de acuerdo con el cliente, la familia, el médico del cliente, los prestadores de servicios y otros profesionales
5. Movilizar los servicios necesarios
6. Asegurar un seguimiento del plan de prestación de servicios Perfil de formación de los coordinadores de casos

En función del tipo del cliente y de las necesidades que éste presenta, el coordinador de casos puede ser cualquiera de los profesionales que trabajan en la red de salud o de servicios sociales, particularmente en Atención Primaria. La figura de coordinador debería reunir las siguientes características:

1. Conocimiento de las distintas disciplinas que intevienen en el proceso de cuidados así como la red que interviene en el proceso de cuidados continuados.

2. Conocimientos sobre el proceso de envejecimiento normal y patológico.

3. Conocimiento de los medicamentos.

4. Conocimiento sobre el proceso de readaptación y rehabilitación.

5. Criterios de admisión, reglamentos y políticas relativas a los servicios privados y públicos prestadores de cuidados.

6. Conocimiento sobre financiación de los Servicios Sociales y de alojamiento.

7. Conocimiento sobre derecho de las personas y su protección judicial.

8. Conocimiento sobre negociación.

La función de un profesional como coordinador de casos no modifica sus responsabilidades. Sólomente personaliza en este profesional las específicas de evaluación y mediación sociosanitaria en relación con el caso de que se trate.

Todas estas características pueden ser ejercidas por gran parte de los profesionales de la red de cuidados, sin embargo, la necesidad de incrementar este tipo de aptitudes exigiría el diseno e implantación de un plan de formación de coordinadores de casos, sus funciones y los conocimientos necesarios.

MODELO DE SERVICIOS SOCIO-SANITARIOS EN LA C. A.

En el cuadro adjunto se esquematiza el modelo de servicios propuesto y que se desarrolla a continuación.

Básicamente se consideran los niveles de atención primaria y especializada del modelo existente. Entre ambos niveles se deben crear espacios de intervención compartidos que, vinculados a los programas de interés posibiliten una intervención continuada sobre los clientes.

Estos espacios suponen el desarrollo de estructuras intermedias con criterios de funcionamiento flexibles y adecuados a las necesidades del cliente.

I. ATENCION PRIMARIA

SERVICIOS SOCIALES
SERVICIOS DE SALUD

FUNCION INFORMACION
EVALUACION
DIAGNOSTICO
INTERVENCION

ESTRUCTURAS INTERMEDIAS
SERVICIOS DE CUIDADOS
CONTINUADOS

FUNCION PROGRAMAS COMPARTIDOS DE ATENCION SOCIO-SANITARIA

Recursos Alojamientos: - de transición - de integración social - de descarga social Ayuda a domicilio Hospital de día Centro de día Hospitalización a domicilio Equipos evaluación o valoración	Programas - Asistencia geriátrica - Psicogeriatría - Cuidados paliativos - Rehabilitación - Readaptación y mantenimien- to funcional
---	---

II. ATENCION ESPECIALIZADA

FUNCION HOSPITALIZACION DE AGUDOS
HOSPITALIZACION READAPTACION Y CONVALECENCIA
HOSPITALIZACION PALIATIVA

1. SISTEMA INFORMAL DE CUIDADOS

Definición

Conjunto de cuidados prestados por las familias, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, voluntarios y asociaciones altruistas. Se trata de la función global de cuidados prestados en el ámbito doméstico y caracterizada por su invisibilidad para el sistema formal, y por su privacidad.

El sistema informal de cuidados se basa en el rol social de los cuidadores informales -mujeres en su mayoría-, y adquiere dimensiones distintas en el ámbito rural y urbano. Sus beneficiarios principales son los enfermos crónicos dependientes, enfermos mentales, toxicómanos y enfermos terminales.

Las demandas del sistema informal de cuidados se resuelven en la mayoría de los casos en el domicilio 58 % o Centro de Salud 25 % y en una minoría en los Hospitales 17 %.

El sistema informal adquiere una importancia transcendental en la intervención socio-sanitaria. En el cuadro se recogen las acciones principales que pueden desarrollarse en relación a este sistema.

DEMANDAS DEL SISTEMA INFORMAL AL INSTITUCIONAL	
ORGANIZATIVOS	Evitar la FRAGMENTACION de la atención. Coordinar niveles de atención
	Disponer de un equipo de referencia para la atención institucional
	Mayor integración entre Servicios Sociales y Sanitarios
	Participación y corresponsabilización en las decisiones
COMUNICACION	Respeto a los valores personales y familiares
	Información sobre el problema de salud: - Comprensible - Accesible - Suficiente
	Capacitación del grupo familiar
	Dignificación y adecuación de espacio que ayuden al cuidado
SOBRE LA INFRAESTRUCTURA	Accesibilidad a los servicios
	Reducción de esperas y trámites
CULTURALES	Reconocimiento de la labor del cuidador
	Colaboración de los profesionales sanitarios

2. SISTEMA FORMAL DE CUIDADOS

El marco global del sistema formal de cuidados de salud y de servicios sociales está configurado en nivel primario y especializado, según define la Ley General de Sanidad y la Ley de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma.

No es pertinente, por tanto insistir aquí en el modelo y las estructuras definidas para el nivel Primario y Especializado que están perfectamente regulados.

Entre ambos niveles asistenciales se han generado una serie de servicios que han sido denominados *Estructuras Intermedias y Servicios de Cuidados Continuados*.

3. SERVICIOS DE CUIDADOS CONTINUADOS

1. Definición

Conjunto de servicios comunitarios e institucionales destinados a responder a las necesidades de las personas que deban recibir ayuda en el marco de las actividades de la vida diaria.

Se trata de un abanico de servicios y dispositivos destinados a responder a las necesidades de atención a la salud, a las necesidades sociales y personales en aquellas personas que, por una u otra razón, no han tenido nunca autonomía para cuidar de sí mismas o la han perdido. Los servicios pueden ser continuos o intermitentes, según sean ofertados por una duración mayor o menor en dependencia del índice de la capacidad funcional del individuo y de la situación particular de su entorno social.

Se hace hincapie en el hecho de que las estructuras intermedias deben constituir espacios físicos y funcionales compartidos entre ambos niveles asistenciales donde promover e implantar protocolos de manejo de problemas socio-sanitarios.

2. Cuidados Especializados

Son cuidados que se brindan en instituciones del sistema de salud: hospitales. Asimismo se consideran los cuidados que se brindan en instituciones socio-sanitarias de larga estancia; por último incluyen los servicios específicos de apoyo a la familia y al medio social que posibiliten mantener al paciente incapacitado en el medio comunitario, incluyendo aquéllos que se destinan a la promoción del voluntariado social.

2.1. Estructuras intermedias de la Red Hospitalaria:

- 2.1.1. Unidades de Evaluación Geriátrica
- 2.1.2. Unidades de Readaptación. Unidades de Transición. Unidades de Media Estancia
- 2.1.3. Unidades de Cuidados Paliativos
- 2.1.4. Unidades de Psicogeriatría
- 2.1.5. Hospitales de Día
- 2.1.6. Servicios de Hospitalización en Domicilio

Descripción

1. Cuidados a Domicilio

Los cuidados a domicilio abarcan tanto los servicios de salud como los servicios comunitarios prestados por la red de servicios sociales o por las intervenciones surgidas de la propia comunidad, voluntariado, cuidados informales.

Dentro de este tipo de cuidados existen dos prestaciones actuales del máximo interés:

- 1.1. Red de Atención Primaria de Salud
- 1.2. Servicios de ayuda a domicilio de tipo social

Ambos tipos de servicios tienen una escasa relación entre sí. Se considera que el núcleo de mediación para promover una mejor relación entre ambos tipos de dispositivos, está constituido por la enrmerera (visitador de salud) y por el trabajador Social de la zona. mejorar y definir las relaciones entre ambos profesionales en el equipo mejorará sustancialmente la calidad de este servicio.

1.2. Estructuras Intermedias de las Instituciones Sociales:

- 1.2.1. Unidades asistidas de institucionalización prolongada. Larga estancia
- 1.2.2. Alojamientos temporales para discapacitados
- 1.2.3. Pisos tutelados
- 1.2.4. Centros de Día con instalaciones de guardería y mantenimiento funcional.
- 1.3. Otros: Incluye los servicios prestados específicamente en función de la situación de un determinado cliente y que pueden responder a situaciones de urgencia médica o social.

2. Acceso a los Servicios de Cuidados Continuados

Existe un amplio marco legal que regula el acceso a los servicios sociales y de salud.

El acceso a los servicios de cuidados continuados para las personas con reducción de la capacidad funcional y complejas situaciones de dependencia, ha de tener un mecanismo homogéneo, a fin de garantizar la equidad y la proporcionalidad en la distribución de los recursos existentes.

En la actualidad existen diversos procesos de admisión a estos servicios y ha de señalarse que los responsables de distintos departamentos tienen que hacerse cargo de demandas complejas en que se precisa una mayor coordinación de recursos.

A este respecto, la Comisión sugiere establecer un punto de referencia u organismo al que puedan ser remitidas las demandas que implican unas características especiales en el cuidado continuado cuando estas demandas no encuentran la adecuada respuesta por los Servicios Sociales o de Salud, o cuando existen situaciones de urgencia social que así lo aconsejen y una vez que se han superado los límites del acceso normalizado a los servicios.

Las funciones de este organismo funcional podrían sintetizarse en las siguientes:

1. Valorar o evaluar las demandas de atención socio-sanitaria de aquellos casos más complejos
2. Asignar un coordinador del caso para cada una de las demandas, cuando sea preciso.
3. Movilizar y orientar la intervención de los cuidadores.
4. Decidir el acceso de un paciente a cualquiera de las estructuras o dispositivos de la red de servicios de cuidados continuados.
5. Promover programas asistenciales socio-sanitarios en el Área de Salud.
6. Promover la formación continuada e intervención socio-sanitaria de los profesionales del sistema de servicios sociales y de salud.
7. Recabar el control y el seguimiento de los casos por parte de los coordinadores de casos.
8. Establecer métodos de evaluación homogéneos.
9. Promover soluciones específicas a problemas específicos que permitan mantener el apoyo social, familiar y comunitario a los pacientes dependientes.

La configuración de este organismo exigiría como condiciones para su buen funcionamiento, autoridad suficiente para el ingreso o la toma a cargo del paciente por parte de cualquier dispositivo social o sanitario de los referidos en la red de servicios de cuidados continuados, así como la dotación de un presupuesto mínimo que permitiese afrontar las situaciones específicas a que se hace referencia en el último apartado -las de formación de personal-, así como las de promoción del voluntariado y de las redes de apoyo informal.

Bajo la fórmula de Comisión Socio-Sanitaria de Área este tipo de organismo ha sido propuesto a nivel de la Administración Central y está en curso de desarrollarse como experiencia piloto del Ministerio de Sanidad y Consumo.

La metodología señalada exige la puesta en común previa de los gestores de los servicios a fin de establecer patrones homogéneos de admisión en relación a este tipo de demandas, así como criterios de alojamiento y asistencia.

En cuanto a las unidades de larga estancia se detecta su ubicación actual en el seno de las instituciones de Servicios Sociales, principalmente en las del INSERSO y en las existentes en el Hospital Psiquiátrico. Se denota que la falta de definición clara en cuanto a los criterios de funcionamiento y financiación de estas unidades ha impedido hasta la fecha el desarrollo de este tipo de Servicio público con la Comunidad Autónoma, de hecho, no pueden considerarse Unidades de Larga Estancia las existentes en las Unidades Geriátricas Hospitalarias si nos atenemos a la duración de la estancia y a los objetivos de estas unidades.

En los últimos años se han desarrollado instituciones privadas, clínicas y residencias, carentes de un Marco de Acreditación que informe a los ciudadanos sobre la calidad de sus cuidados. Algunas de ellas han concertado sus servicios con el INSERSO en situación de pretransferencia. Se han señalado ya los problemas derivados de la competencia asistencial en estos centros.

CONCLUSIONES

1. La atención sociosanitaria a la población supone el conjunto de Servicios asistenciales y extrasistenciales relacionados con el bienestar de los individuos que desborda el marco de estudio de esta Comisión e invita a promover políticas intersectoriales e interdepartamentales de prevención y promoción de salud.

2. Se consideran grupos de especial riesgo para la dependencia de cuidados socio-sanitarios en este informe aquellos constituidos por enfermos crónicos con pérdida de autonomía para subvenir sus necesidades básicas y necesidad de cuidados continuados de tipo socio-sanitario que exigen mediación total o parcial para el acceso a los Servicios, que requieren la construcción de sus demandas por parte de los profesionales responsables.

3. Los colectivos a que se hace referencia son:
Pacientes geriátricos
Enfermos mentales crónicos
Enfermos terminales
Otros colectivos de enfermos con elevada dependencia.

4. Se detectan a lo largo de este informe problemas de coordinación que afectan a la comunicación, información y formación de los profesionales de las distintas redes de servicios y a la colaboración y cooperación de los departamentos y administraciones, destacándose la inexistencia de objetivos comunes que posibiliten la sinergia y la complementariedad de los dispositivos.

5. La identificación de estos grupos de pacientes y de las condiciones de vulnerabilidad para la inclusión en uno de estos grupos permite establecer Programas Asistenciales que afecten al nivel primario y especializado y disponer en función de estos programas de estructuras intermedias y servicios de cuidados continuados que posibiliten la detección y evaluación de las necesidades de los individuos y en consecuencia la planificación y ejecución de las intervenciones en un marco de colaboración y complementariedad de los Servicios Sociales y de Salud.

6. La intervención sociosanitaria debe constituir el acervo del conjunto de la red de asistencia social y de Salud y en relación con la misma se hace preciso desarrollar el concepto de coordinador o responsable del caso con funciones de abogado del cliente y evaluador de sus necesidades ante el conjunto de los servicios.

7. La gestión o coordinación de casos supone la intervención sociosanitaria horizontal más allá

de los límites de la intervención terapéutica en el caso de los profesionales de Salud y de las de gestión de recursos en el de los profesionales de Servicios Sociales.

La gestión o coordinación de casos plantea la colaboración de las distintas Administraciones: Central, Autonómica y Local.

8. La integración de la intervención sociosanitaria ha de realizarse a través de programas que incluyen Salud y Servicios Sociales y, en su caso, otras redes de protección social. Son estos programas los que implantados por áreas o zonas demandará la necesidad de nuevos dispositivos o la modificación de los existentes. Algunos programas ya elaborados e implementados en algunos territorios pueden ser muy útiles para su extensión a la Comunidad Autónoma.

RECOMENDACIONES

1. AMBITO DE LOS CUIDADOS INFORMALES

- Promover las acciones necesarias para preservar la función de los cuidados domésticos, los prestados por el voluntariado y ONGS.
- Establecer directivas de información, comunicación, confortabilidad y acceso de los cuidadores al sistema formal que impliquen a los servicios y dispositivos del sistema de salud.
- Incorporar la formación de familiares en el manejo de procedimientos y cuidados simples entre las actividades de los profesionales de la salud.

2. AMBITO DE LOS CUIDADOS FORMALES

De Planificación

- Planificar e implementar las estructuras de cuidados continuados a nivel territorial.
- Establecer programas integrados e interdisciplinarios en Asistencia Geriátrica, Psicogeriatría, Cuidados Paliativos, Rehabilitación de enfermos psíquicos, Toxicomanías y Atención al SIDA.
- Establecer espacios compartidos entre servicios sociales y de salud:
 - Procedimientos de interconsultas
 - Programa comunitario integrado con asistencia domiciliaria
 - Alojamientos de transición, alojamientos temporales
 - Centros de día
 - Servicios de comidas y lavandería a domicilio
 - Otros
- Promover la figura de coordinador de casos o responsable del caso entre los profesionales del sistema.
- Prever la modificación de las funciones y acceso a los recursos del INSERSO en transferencia. Se considera que esta red tiene actualmente el mayor potencial de estructuras de larga estancia para ancianos y minusválidos de la Región.
- Establecer como criterio de prioridad la dependencia para el acceso a los recursos institucionales públicos de servicios sociales.

De Organización

- Designar una figura responsable en el desarrollo de la totalidad de los programas mencionados y con competencia para proponer al Consejero, la vinculación de presupuestos de Servicios Sociales y de Salud
- Establecer una Comisión Socio-Sanitaria de Servicios Sociales y de Salud compuesta por responsables de la Red de Atención Primaria, Especializada, Salud mental y Servicios Sociales
- Coordinar los Servicios Sociales de Área con los responsables de Salud del Área de Control y Evaluación
- Impulsar políticas de acreditación de los servicios públicos y privados

De Financiación

- Definir el sistema de financiación público-privado de las estructuras intermedias
- Delimitar el marco de financiación de Servicios Asistenciales y de alojamiento y hostelería en servicios de larga duración
- Vincular los ingresos y apoyos económicos para minusvalías a efectos positivos sobre la situación de dependencia del paciente

De Información y Comunicación

- Difundir los programas a que se ha hecho referencia entre entre los profesionales de Servicios Sociales y de Salud
- Establecer protocolos de comunicación y derivación formales entre Servicios Sociales y de Salud
- Establecer bases de datos que permitan la evaluación periódica de las intervenciones socio-sanitarias en la Zona Básica de Salud.

De Formación

- Promover un plan de formación de personal en las materias que se han señalado, compartido para servicios de salud mental, geriatría y servicios sociales.
- Establecer espacios comunes de formación-intervención de profesionales de las distintas redes
- Promover la formación de voluntariado

3. RECOMENDACIÓN FINAL

Diseñar una experiencia piloto que permita contrastar el modelo propuesto, contribuir a definir los servicios necesarios y hacer gradual el desarrollo de los elementos definidos en el modelo.

Requisitos de la experiencia.

- Definir un Área de Salud y un marco temporal de evaluación
- Garantizar la participación de Atención Primaria y Especializada
- Definir los servicios y elementos mínimos de la experiencia:

- Agencia Socio-Sanitaria de Area (ASSA)
- Servicios de Geriatria * Servicios de Salud Mental
- Servicios Sociales del Area
- Garantizar la participación del INSERSO
- Definir los indicadores de seguimiento y evaluación

BIBLIOGRAFIA

1. Ordenación de Servicios para la Atención Sanitaria a las personas mayores. Ministerio de Sanidad y Consumo D.G.A.P.S. Subdirección General de Planificación Sanitaria.
2. Bases d'un model d'atencio Socio-Sanitaria. Del Seu financament I del Desplegament de recursos 1990-1995. Programa "Vida als Anys" DGOPS. Octubre 1989.
3. L'évaluation et le placement dans la cadre des soins prolongés: un modèle á accès unique. Guide. Ministre des Approvisionnements et Services Canada. 1988.
4. O.M.S. La demencia en la edad avanzada: Investigación y acción. Informe Técnico n° 730. Ginebra 1986.
5. Health and Welfore Adult Long Term Institutional Care. Canada 1985.
6. Services dispensés aux personnes âgées atteintes de troubles mentaux dans les etablissemets de soins prolongés. Guide. Santé et Bien être social. Canada 1990.
7. Comunicación del Gobierno sobre "Osasuna Zainduz. Estrategias de Cambio para el Sistema Vasco de Salud. Líneas Estratégicas". Boletín del Parlamento Vasco n° 88.
- 8, OPS. Hacia el Bienestar de los ancianos. Publicación científica n° 492. Washington 1985.
9. O.N.U. Asamblea Mundial sobre el envejecimiento. Viena 1982
10. Cuidados Informales en Salud. Plan Andaluz de Salud. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Informe de un Grupo Consultor. Documento inédito. 1991.
11. Riesgo J.; Bruno J. Linking the Hospital and the Comunity. Libro de comunicaciones. The Elderly: A Challenge to the General Hospital. International Conference. Dublin. Marzo 1993.
12. Gabinete de estudios Sociológicos BernardKrief. El médico y la Tercera edad: Situación actual en la prevención, tratamiento y organización asistencial de la enfermedad en la tercera edad.
13. O.M.S. La Salud de los ancianos. Informe técnico n° 779. Ginebra 1988.
14. Friis, H. New direction in Polices for the eldarly in Europe, European Journal of Gerontology. 1991; vol 1 (2) 104-111.
15. San Martin H. El proceso demográfico en las sociedades humanas y el envejecimiento colectivo. En San Martin H, Pastor V. Epidemiología de la vejez. Madrid, Interamericana, McGraw-Hill, 1990; 85-159.

16. Informes de las Subcomisiones paa la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud. Subcomisión de Atención sanitaria y social. Marzo, 1991.
17. Muir Gray JA. Aspectos sociales y sanitarios del envejecimiento. En: Pathy MSJ ed.: Principios y Práctica de la Medicina Geriátrica. Madrid-Barcelona: Ediciones CEA, 1988; 17-56.
18. Gobierno Vasco. Departamento de Trabajo y Seguridad Social. Dirección de Bienestar Social. Plan Gerontológico de Euskadi 1990. Documentos de Bienestar Social n° 31.
19. Gómez i Batiste-Alentorn X, Fontanais de Nadal MD, Roigé i Canais P. Garcia i Ameijeiras MC, Llevadot i Roig MD, Rabadá i Arnau MT, Campillo i March M, Coderch i Sabat J. Atención de personas mayores con enfermedad y dependencia, enfermedades crónicas evolutivas incapacitantes y enfermos terminales. Todo Hospital Marzo 1.92, 84; 17- 26.
20. Organización Mundial de la Salud. Aplicaciones de la epidemiología al estudio de los ancianos. Serire de informes técnicos n° 706, Ginebra 1984.
21. Hébert R. Perte d'autonomie. En: Arcand M, Hébert R ed: Précis Pratique de Geriatrie. Quebec, Edisem Inc, 1987: 96-107.
22. Williamson J. Primay care of the elderly. Bristol, Wright, 1987, 141-157.
23. Guillemard AM. Análisis de las políticas de vejez en Europa. Inserso, 1992; 61-84.
24. Zawadski RT. Teh Long Terma Care Demonstration Projects. En: Zawadski RT ed.: Community based Systems of Long Term Care. New York. The Haworth Press, 1984; 5-19.
25. Minkler M. Aging and disability: behind and beyond stereotypes. H Ageing Studies 1990: 4; 245-259.
26. Smith T. Denmarck: the elderly liveng in style. Brit Med J 1983: 283. 287; 1053-1055.
27. Challis D. The Care of the Elderly in Europe: New Perspectives- Social Care. European J of Gerontology 1992: 1,6: 334-347.
28. Challis D. Darton R. Johnson L, Stone M, Traske K. An evaluation of an alternative to hospital care for the frail elderly: the model of care. Age and Ageing 1991 a 20; 236-244.
29. Challis D, Darton R, Jonhson L, Stone M, Traske K. An evaluation of an alternative to long-stay hospital care for the frail elderly: costos and outcomes. Age and Ageing 1991 b, 20; 245-254.
30. MacAdam M, Capitman J, Yee D, Pronas J, Leutz W., Estwater D. Case management for frail elders; the Robert Wood Johnson Foundation's Program for Hospital Initiatives in Long-Term Care. Gerontologist 1989; Ced.. 29 (6) 737-744.
31. Wimberley ET, Blazyk S. Monitoring patient outcome following discharge: a computerized geriatric case-management systee. Health Soc Work 1989; Nov 14 (4): 269-276.
32. Davidson G, Moscovicel, McCaffrey D. Allocative efficiency of case managers for the elderly. Health Serv Res 1989 Oct 24 (4); 539-554.

33. Hennins JP. Long-Term care legislation: an issue of concern for nurse practitioners. J Am Acad Nurse Pract 1989 1 (4); 145-149.
34. Netting FE, Williams FG. Establishing interfaces between community and health social work 1989 14(2); 134-139.
35. Parker M, Secord LJ. Case managers: guiding the elderly through the health care maze. Am J Nurs 1988; 88 (12); 1674-1676.
36. Moscovice I, Davidson G, McCaffrey D. Substitution of formal and informal care for the community-based elderly. Med Care 1988; 26 (10) :971-981.
37. Parker M, Quinn J, Viehl M, McKinley A, Polich CL, Detzner DF, Hartwell S, Kom K. Case management in rural areas. Definition, clients, financing, staffing and service delivery issues. J Nurs Adm 1992; 22 (2): 54-59.
38. Redford LJ. Case management. The wave of the future. H Case Manag 1992; 1 (1): 5-8.
39. Rubin A. Is case management effective for people with serious mental illness?. A research review. Health Soc Work 1992 17 (2) 138-150.
40. Robinson JA, Robinson KJ, Lewis DJ. Balancing quality of care and cost-effectiveness through case management. ANNA J 1992; 19 (2): 182- 188 .
41. Pedrero de Bustos, C; Peñuelas Carnicero, E. Continuidad de cuidados. Trabajo de investigación M.I.R. n.p. Oviedo 1992.
42. Castaño Barroeta, C. Programa para la Coordinación de la Atención Geriátrica en el Área Sanitaria de Gijón. H.C.R. Gijón 1993.
43. Kanter, J. Clinical Case Management: Definición. Principios y componentes. H.G.C.P. 4. 1989.
44. N. Morris, John y cols. Designing the National Resident Assessment Instrument for Nursing Homes. The Gerontologist.
45. Villazon González, Julia. Experiencia de Coordinación entre Equipo de Atención Primaria y Servicio Social Municipal de Parres (Ariondas). Rey. Salud-Servicios Sociales.
46. Dirección Provincial del INSERSO. Memoria del INSERSO. 1990.
47. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Sistema Público de Protección Social de Servicios Sociales. Sección de Sistemas de Información y Evaluación. Inédito. Oviedo, 1993.
48. Bachrach, L. Overview: model programs of chronic mental patients. Am.J of Psychiatry. 137:9, sep. 1980.
49. Bachrach, L. Continuity of care for Chronic Mental Patients: A Conceptual Analysis. A; H of Psychiatry, 138: 11, November 1981.
50. Bachrach, L. Case management revisited. Hosp. Hosp.-Com. Psychiatri. 43/3 (209-210) 1992.

51. Bachrach, L. Young-Adult chronic patients: an analytical review of the literature. Hospital and Community Psychiatry. Vol. 33, num. 3 March 1982.
52. Bachrach, L. Asylum and chronically ill psychiatric patients. AM. J. Psychiatry. 141/8, August 1984.
53. Bachrach, L. "Psychosocial rehabilitation and Psychiatry in the care of long-term patients". AM.J. of Psychiatry. 149: 11, Nov. 1992.
54. Barbato, A; Terzian, E; Saraceno, B; Montero-Barquero, F. "Patterns of aftercare for psychiatric patients discharged after short inpatient treatment. An Italian collaborative study". Soc. Psychiatry-Epidem. 27/1 (46-52) 1992.
55. Bush, C.T; Langford, M.W; Rosen, P; Gott, V. Operation outreach: Intensive case management for severely psychiatrically disabled adults. H.C. Psychiatry. 41/6 (647-649) 1990.
56. Corin E., Lauzon G.: Realités et mirages: Les espaces psychiatriques et sociaux de réinsertion. Santé Mentale en Adultes XIII, 1, 69-86; 1988.
57. Curtis, J.L; Millman, E.J; Struening, E; D'Ercole, A. Effect of case management on rehospitalization and utilization of ambulatory care services. H.C. Psychiatry. 43/9 (895-899) 1992.
58. Duro, J.C; Melendo, J; Fernández; F. Continuidad de cuidados y relaciones interinstitucionales. Madrid. 1989.
59. Fernández Liria; García Rojo, M.I. Los programas de Case Management. Conceptos básicos y Aplicabilidad. REv. AEN. (10) 32 (65-75) 1990.
60. Fuller Torrey, E. Continuous treatment teams in the care of the chronic mentally ill. H.C. Psychiatry. Vol. 37, núm. 12. 1986.
61. García González, J. Epistemología y atención continuada.
62. García González, J. Fundamentos y medidas operativas en rehabilitación. Ponencia X Jornadas Nacionales de la AEN. Segovia 1991.
63. Huxley, P.; Warner, R. Case management, quality of life, and satisfaction with services of long-term psychiatric patients. Hosp. Com. Psychiatry. 43/8 (799-802) 1992.
64. Kanter, J. Clinical case management: definition, principles and components. H.C. Psychiatry. 40/4. 1989.
65. Lamb, R. Goertzel, V.. The long-term patient in the use of community treatment. Arch. Gen. Psychiatry. Vol. 34. 1977.
66. Nikkel, R; Smith, G; Edwards, D. A consumer-operated case management project. H. C. Psychiatry. 43/6 (577-582) 1992.
67. Phyllis, S. The efficacy of case management services for severely mentally disabled clients. C.H. Psychiatry. 28/3, 1992.

68. Rotelli, F; Leonidas, O; Mauri, D. Desinstitucionalización: Otra vía (La reforma Psiquiátrica). Rey. AEN. 7 (21) (165-187) 1987.

69. Sherman, P.S; Porter, R. Mental healht consumers as case management aides. H. C. Psychiatry. 42/5 (494-498) 1991

70. Wing, J; Morris, B. Clinical baseis of rehabilitation. In hadbook of Psychiatry rehabilitation practica. Ed. by Wing, J; Morris, B. Oxford University Press. 1981.

Anexo II

PROYECTO DE MEJORA DE LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA – 2002 – EN EL PRINCIPADO DE ASTURIAS

“BORRADOR DE DOCUMENTO PARA TRABAJO CONJUNTO
CON LA CONSEJERÍA DE ASUNTOS SOCIALES”

COORDINADORES DEL PROYECTO

Mª Luz Fernández López	Directora General de Ordenación de Servicios Sanitarios
Pilar Rodríguez Rodríguez	Directora Gral. de Atención a Mayores, Discapacitados y Personas Dependientes
Juan Ortiz Fuente	Gerente del Servicio de Salud del Principado de Asturias
Joaquín Monteagudo Piqueras	Gerente de Establecimientos Residenciales para Ancianos (ERA)

GRUPO DE TRABAJO

Vicente Herranz González	Director Gerente del Hospital Monte Naranco
José Manuel Fernández Vega	Gerente de Atención Primaria del Area Sanitaria VIII
Alberto Fernández León	Director Gerente del Hospital Valle del Nalón
Alfonso Rodríguez Hevia	Director Gerente del Sanatorio Adaro
Tácito Suárez González	Director Gerente del Hospital del Oriente de Asturias
Ana Iglesias	Farmaceútica del Area Sanitaria VIII

Servicios Centrales del SESPA

Amalio Alonso Díaz	Director de Asistencia Sanitaria
José Fernández Díaz	Jefe del Área de Organización Asistencial
Consuelo Rayón Suárez	Jefa del Área de Atención del Cáncer
Mª del Mar Martínez Suárez	Jefa del Área de Formación
Javier Montejo Candosa	Gerente del Servicio de Salud Mental
Luis Gago Argüello	Coordinador del Área de Organización Asistencial
Fe Fernández Guzmán	Enfermera Subinspectora del Área de Organización Asistencial

Dirección General de Ordenación de Servicios Sanitarios

Begoña Martínez Argüelles	Jefa de Servicio de Autorizacion de Centros y Servicios Sanitarios
Mª Aurora Álvarez González	Jefa de Sección de Ordenación Farmacéutica
Ángeles Rocas González	Jefa de Sección de Ordenación y Gestión
Mª Felicidad Vázquez Fdez.	Jefe de Sección de Análisis y Programas
Angeles Herrojo Alcuescar	Médico Inspector del Servicio de Autorización de Centros y Servicios Sanitarios
Juan Fernández Fernández	Sociólogo del Servicio de Planificación Sanitaria
Francisco M. Suárez García	Médico Geriatra del Servicio de Planificación Sanitaria

Dirección General de Atención a Mayores, Discapacitados y Personas Dependientes

María Teresa Martínez	Jefa de Area de Planificación y Programación
-----------------------	--

Dirección General de Calidad y Atención al Ciudadano

Ricardo Arbizu Rodríguez	Jefe de Servicio de Calidad
--------------------------	-----------------------------

Dirección General Económico-Financiera

Mario González González	Jefe de Servicio de Contratación de Servicios Sanitarios
-------------------------	--

Otros

Ignacio Vázquez de Prada	Presidente de la Federación Asturiana de Sociedades Científico Médicas
Francisco Jiménez Muela	Presidente de la Sociedad Asturiana de Geriatria y Gerontología
Marta Alonso	Secretaria de la Sociedad Asturiana de Geriatria y Gerontología
Juan José Solano Jaurrieta	Vocal Clínico de la Sociedad Asturiana de Geriatria y Gerontología y Jefe de Sección del Servicio de Medicina Interna y Geriatria. Hospital Monte Naranco
Raquel Fernández Díaz	Representante de la Sociedad Asturiana de Medicina Familiar Y Comunitaria
Inés Cossio Rodríguez	Representante de la Sociedad de Enfermería de Atención Primaria de Asturias
Clavelina Arce García	Unidad de Hospitalización a Domicilio del Hospital de Cabueñes
Gerardo García González	Unidad de Hospitalización a Domicilio del Hospital de Cabueñes
Mateo Martínez Celada	Jefe de Servicio de Medicina Interna y Geriatria. Hospital Monte Naranco

INDICE

PRESENTACIÓN 65

¿CÓMO SE HA LLEVADO A CABO ESTE PROYECTO? 66

I. ANÁLISIS DE SITUACIÓN SOCIOSANITARIA EN EL PRINCIPADO DE ASTURIAS 67

 A) ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS 67

 1. Envejecimiento de la población 67

 2. Enfermedades crónicas y terminales. Dependencia 69

 3. Enfermedades Mentales 73

 4. Condicionantes sociales 74

 B) SITUACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS Y SOCIALES DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA 75

 1. Recursos/Actividad 75

 1.1. Atención Primaria 75

 1.2. Equipos de Atención Domiciliaria 79

 1.3. Servicio de ayuda a domicilio 80

 1.4. Hospital de día geriátrico 81

 1.5. Centros de día 82

 1.6. Atención hospitalaria 83

 1.7. Residencias para personas mayores 85

 2. Utilización de servicios sociales por las personas con necesidades sociosanitarias 86

 3. Necesidades de coordinación detectados entre los servicios sanitarios y sociales 88

II. ¿A QUIÉN CONSIDERAMOS USUARIO SOCIOSANITARIO? 89

III. ¿CUÁLES SON LAS NECESIDADES DE ESTOS CIUDADANO/AS? 90

IV. OBJETIVOS DE LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA 90

 1. Objetivo general 90

 2. Objetivos específicos 90

V. PRINCIPIOS RECTORES DEL MODELO DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA EN EL SISTEMA SANITARIO 91

VI. PROGRAMAS A DESARROLLAR 93

 1. Programa de atención al anciano frágil o de riesgo 94

 2. Programa de rehabilitación 94

 3. Programa de cuidados prolongados 96

 4. Programa de cuidados paliativos 96

 5. Programa de atención farmacéutica 98

 6. Programa de salud mental 99

 7. Programa sociosanitario para atención de personas con discapacidad 102

VII. SISTEMA DE INFORMACIÓN Y EVALUACIÓN 102

VIII. ESTRUCTURAS NECESARIAS PARA DESARROLLAR EL PROYECTO 103

 1. Atención Primaria 103

2. Atención Especializada. El Equipo de valoración y apoyo sociosanitario105

IX. EL PROYECTO EN LAS ÁREAS SANITARIAS 106

1. Criterios de planificación para desarrollar la estructura del proyecto de implantación en las áreas sanitarias106

2. Evaluación de necesidades de estructuras por áreas108

X. RECURSOS FINANCIEROS 111

1. Introducción. Bases Generales del cálculo de costes 111

2. Costes en función del Equipo de Valoración y Apoyo Sociosanitario 112

3. Estudio de costes en cada una de las Areas Sanitarias del Principado de Asturias 112

XI. CRONOGRAMA 112

XII. CONCLUSIONES 113

PRESENTACIÓN

El **envejecimiento** de la población y determinados **cambios sociodemográficos** han hecho que en los últimos años exista un creciente interés tanto a nivel nacional como internacional en la llamada **atención sociosanitaria**.

Es conocido que el peor estado de salud y algunas características sociales (personas que viven solas), funcionales (limitaciones para realizar actividades de la vida diaria), clínicas (enfermedades crónicas, pluripatología) y mentales (deterioro cognitivo) son elementos característicos de un **grupo particular de ciudadanos con necesidades específicas que incluye una mayores necesidades de enfermería, mayor presión sobre los cuidadores informales, mayor requerimiento de ingreso en residencias** y, en conjunto, **una mayor demanda de atención sanitaria y social**, tanto bajo internamiento como en el domicilio o con fórmulas mixtas.

Por otro lado, el resurgimiento de nuevas formas de vivir y articular la sociedad, exagera la necesidad de prestar cuidados prolongados, tanto de atención como de apoyo, a las personas en los diferentes momentos de su vida de manera continuada y, fundamentalmente girando en torno al domicilio de los ciudadanos. Esta necesidad tensiona los diferentes sistemas para garantizar la equidad en el Estado del Bienestar al condicionar un límite impreciso entre lo que son necesidades económicas, sociales y sanitarias.

En el Principado de Asturias, desde diferentes servicios sanitarios y sociales, dependientes a su vez, de diferentes instituciones y administraciones públicas, se han creado estructuras y unidades funcionales que, pudiendo encuadrarse en el espacio de las prestaciones sociosanitarias, **ofrecen la oportunidad de generar las bases para la organización de una verdadera red de cuidados sociosanitarios en toda la Comunidad Autónoma**, sin entrar en detalles los servicios prestados por **Hospital Monte Naranco, Hospital Cruz Roja de Gijón, Hospital de Avilés (antiguo Hospital de La Caridad) y del Hospital Adaro**, son claros ejemplos de la inquietud del sector sanitario por este tipo de atención.

Sin embargo, no puede hablarse de unos criterios claros, uniformes y específicos de atención, por lo que es preciso avanzar en la definición de **un modelo de Atención Sociosanitaria para nuestra Comunidad Autónoma**, así como en la creación de un marco para la implantación y desarrollo de un **espacio sociosanitario**, lo que implica una propuesta estratégica amplia en la que participen de forma coordinada todos los sistemas y niveles asistenciales.

Definimos la **Atención Sociosanitaria** como un **conjunto de acciones encaminadas a ordenar los sistemas sanitario y social para ofrecer una respuesta integral a las necesidades de atención sanitaria y social que se presentan simultáneamente en determinados colectivos de personas que por su situación clínica, funcional, mental y/o social precisan de una combinación de recursos cambiante en el tiempo de muy diversas organizaciones o estructuras, tanto sanitarias como sociales**.

Partimos de la existencia de dos sistemas que deben actuar de forma conjunta y complementaria para dar respuesta a determinado tipo de necesidades que se presentan de forma simultánea. Las acciones de **coordinación**, que pueden comprender múltiples diseños de intervención deben intentar **optimizar los recursos de ambos sistemas** y lograr la **mejor comunicación** entre ellos con vistas a la intervención conjunta y toma de decisiones sobre la utilización de recursos.

La red de servicios existentes contiene una gran potencialidad y, no se trata de crear una nueva red de servicios, sino de establecer los procedimientos necesarios para la inclusión de los pro-

blemas reales y graves de los individuos entre los objetivos de trabajo de los servicios y profesionales, y de poner al alcance de ciudadanos y profesionales las estructuras de mediación y enlace exigibles entre los distintos niveles asistenciales.

Durante el pasado año se establecieron **mesas de discusión** entre el SESPA, diferentes profesionales implicados en el tema, la Dirección General de Atención a Mayores, Discapacitados y Personas Dependientes y la Dirección General de Ordenación de Servicios Sanitarios, con el fin de poder **detectar las necesidades y carencias existentes tanto desde los servicios sociales como de los servicios sanitarios** y proponer posibles soluciones a la situación actual, habiéndose elaborado como conclusión el **documento “Bases Sociosanitarias del Principado de Asturias”** finalizado en Noviembre del pasado año.

Sin embargo, el **marco general en el que nos situamos actualmente** ha variado sustancialmente:

- La **plena asunción de transferencias en materia sanitaria de la Seguridad Social** el pasado mes de enero, **mejora el escenario de coordinación** entre ambos sistemas, social y sanitario, al estar la gestión bajo las directrices de un mismo programa de gobierno.
- La necesidad de realizar una intervención nueva y eficaz sobre la continuidad de la atención a las personas mayores dependientes, como se ha puesto de manifiesto por los profesionales en el **“Libro Blanco de los Servicios Sanitarios Asturianos”**.
- La constitución del **Consejo de Mayores** desde la Consejería de Asuntos Sociales con la incorporación dentro de sus líneas de actuación prioritarias de la necesidad de potenciar la continuidad de la atención en todos los niveles sanitarios y sociales.
- La **modificación de la estructura de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios y del SESPA**, lo que sitúa en una mejor posición de articular funciones y responsabilidades en el desarrollo de programas de atención específicos.

En este contexto pensamos que **se dan las condiciones adecuadas para consensuar, con la colaboración de todos los agentes y actores implicados, un modelo de atención sociosanitaria, así como una propuesta operativa de implantación y desarrollo en cada Área Sanitaria que permita a medio plazo un Plan Integral de Atención Sociosanitaria**. Alcanzando de esta forma:

- Dotar un **modelo organizativo integrador**, que permita avanzar en la **consolidación del Sistema de Salud y de la continuidad de la atención con los servicios sociales básicos y especializados**.
- Promover, a través de ese modelo organizativo, la **incentivación de los profesionales de los diferentes niveles sanitarios y sociales de forma que sea percibido como una actividad resolutive y de apoyo**.
- Validar una experiencia con el fin de que sea **eficaz**, respondiendo a los objetivos de prestar atención y cuidados; y **eficiente**, en relación con la asignación de recursos y con un adecuado coste-efectividad.

¿CÓMO SE HA LLEVADO A CABO ESTE PROYECTO?

Una vez asumidas las transferencias en materia sanitaria de la Seguridad Social, y con un documento base de las políticas a desarrollar en nuestra Comunidad Autónoma, el **“Libro Blanco de los Servicios Sanitarios Asturianos”**, desde las Consejerías de Asuntos Sociales y Salud y Servicios Sanitarios se comenzó a trabajar para articular el inicio de un proyecto que **impulsará la atención sociosanitaria en Asturias**.

Con este objetivo y bajo la fórmula **de buscar un consenso entre todos los implicados en el tema**, se mantuvieron inicialmente diferentes reuniones entre la Dirección General de Mayo-

res, Discapacitados y Personas Dependientes, los Servicios Centrales del SESPA y la Dirección General de Ordenación y Servicios Sanitarios.

Además, se contaba con el **“Plan Anual de Actuaciones del Consejo de Personas Mayores del Principado de Asturias para el 2002” (Ver Anexo I)** donde se resumían las actuaciones más importantes para intervenir en este aspecto por parte de los usuarios del sistema social y sanitario.

En estas reuniones, por parte de la **Consejería de Asuntos Sociales** se expuso la disponibilidad de las siguientes propuestas: la utilización de su programa **“Rompiendo Distancias”** y la posibilidad de reorganizar recursos de plazas de los establecimientos residenciales de Asturias en camas específicas de atención sociosanitaria.

Por parte de los miembros de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, en estas reuniones de trabajo se vio la necesidad de desarrollar el **Modelo de Atención Sanitaria**, que debería dar soporte a una estrategia conjunta de atención sociosanitaria; por este motivo durante el mes de junio del año 2002, se constituyó un **grupo de trabajo** coordinado desde la Dirección General de Ordenación de Servicios Sanitarios en el que participaron miembros de los **servicios centrales del SESPA e importantes responsables de los servicios sanitarios de nuestra región**, con el fin de contar con un **consenso técnico y profesional**, para ello se han mantenido contactos y se están llevando a cabo intercambio de opiniones entre las diferentes **Sociedades Científicas** relacionadas con el tema.

Los contenidos del documento elaborado deberán ser trabajados con la **Dirección General de Calidad y Atención Ciudadana y la Dirección General Económico-Financiera** y una vez se le dé el visto bueno por el **Consejero de Salud y Servicios Sanitarios**, será necesario para la materialización del proyecto retomar de nuevo el grupo de trabajo junto con la **Consejería de Asuntos Sociales**.

Además, por otro lado, con la reciente publicación del Decreto 71/2002 de 30 de mayo por el que se regula la Red Hospitalaria Pública y la Red Sanitaria de Utilización Pública, se está trabajando en unos requisitos mínimos para la autorización y posterior clasificación de los centros, entre los que están incluidos diferentes estructuras que aparecen en este proyecto, por lo que consideramos oportuno aportarlos a este documento.

I. ANÁLISIS DE SITUACIÓN SOCIOSANITARIA EN EL PRINCIPADO DE ASTURIAS

A) ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN

En el siglo XXI, el envejecimiento se convertirá progresivamente en un fenómeno a escala mundial. A medida que avance el nuevo siglo, el envejecimiento pondrá en cuestión los fundamentos sociales y económicos de las sociedades en numerosas regiones del mundo. Nuestras sociedades deberán poder ofrecer un marco adecuado para personas cada vez más longevas, sin olvidar, al mismo tiempo, que es preciso garantizar la viabilidad social y económica en un mundo en proceso de envejecimiento.

En la Europa comunitaria, el proceso de envejecimiento se desarrollará a un ritmo sin precedente, como consecuencia del fuerte descenso de las tasas de fecundidad y el acelerado incremento de la longevidad. El porcentaje de personas mayores de 65 años aumentará desde el 16,1% en 2000 hasta el 22% en 2025, y el 27,5% en 2050. Se estima que el porcentaje de las

personas mayores de 80 años, que en el 2000 era del 3,6%, aumentará hasta el 6% en 2025, y el 10% en 2050. En Europa, la esperanza de vida de las mujeres supera actualmente en más de 6 años la de los hombres. En la categoría de edad de 60 años o más, hay un 50% más de mujeres que de hombres y el 70% de las personas de 75 años o más que viven solas son mujeres^{1,2,3}.

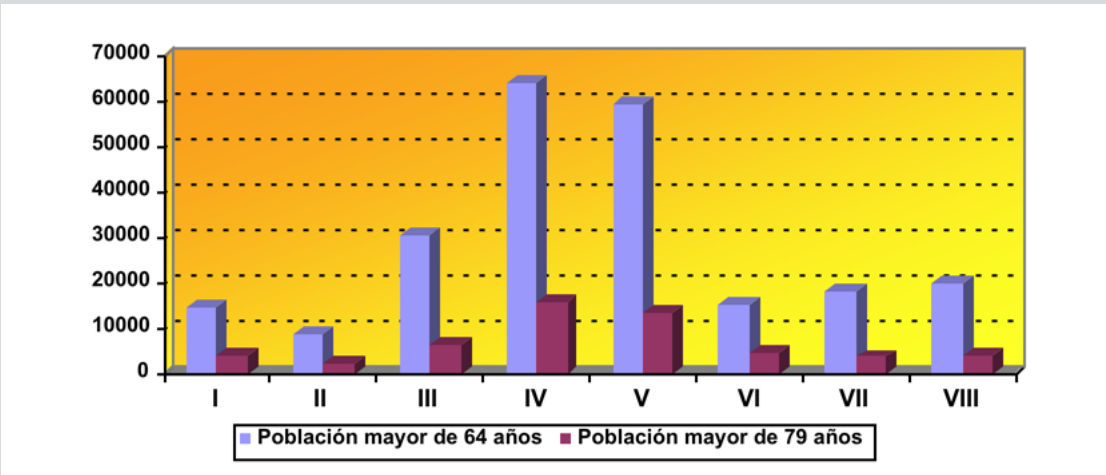
Por lo que se refiere a nuestra Comunidad Autónoma, en términos absolutos la población de derecho en Asturias **en el año 2000** era de 1.076.567 habitantes de los que los **mayores de 64 años eran 232.687, lo que representa el 21,61%** del total de la población, y los mayores de 79 años 53.453 (4,96%). Estas cifras **sitúan a Asturias como una de las regiones más envejecidas de Europa y España**.

Analizando la evolución de la población mayor de 64 años en el último quinquenio, observamos que ésta ha aumentado un 46%, estando la estructura de la población más envejecida que la media nacional y aumentando las diferencias con ésta en los últimos años.

La distribución de la población mayor de 64 años por Áreas Sanitarias refleja que las Áreas Sanitarias I, II y VI, más rurales, están mucho más envejecidas que el resto, con una proporción de mayores de 64 años superior al 24%, seguidas de las Áreas VII y VIII con un 22-23%, y por último las Áreas Sanitarias III, IV y V con un envejecimiento entre el 19 y 20%, aunque es en éstas últimas dónde se concentra la mayoría de la población mayor en números absolutos.

Distribución de la población mayor de 64 años por Áreas Sanitarias. (Datos Padrón 2000)								
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
Mayores de 64 años	14.556	8.698	30.410	64.265	59.384	15.380	18.348	19.644
% Mayores de 64 años	26,2	24,0	19,4	20,4	20,3	28,3	23,3	22,5
Mayores de 79 años	4.046	2.207	6.437	15.662	13.305	4.352	3.577	3.864
% Mayores de 79 años	7,3	6,1	4,1	5,0	4,6	8,0	4,5	4,4

Número total de mayores de 64 y 79 años por Áreas Sanitarias



¹ Hacia una Europa para todas las edades. Fomentar la prosperidad y la solidaridad entre las generaciones. Comunicación de la Comisión, COM (1999) 221 final, de 21 de mayo de 1999.

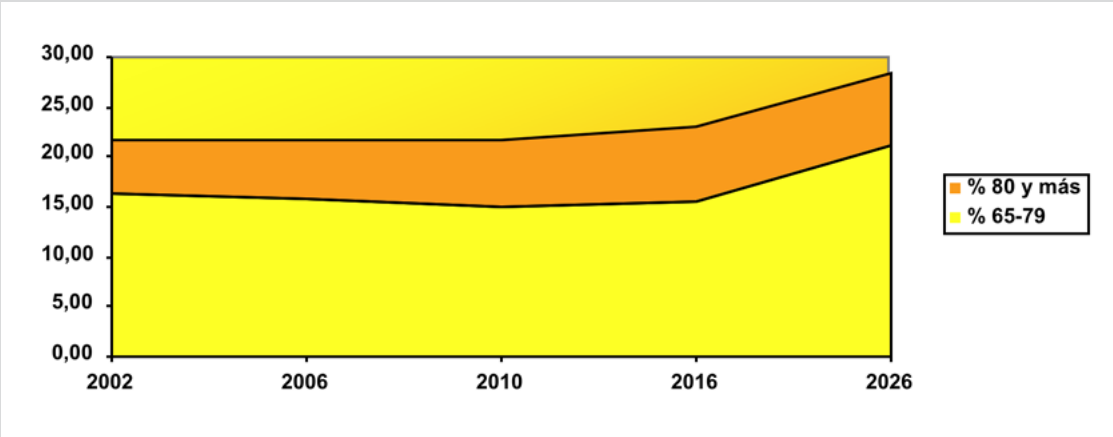
² El futuro de la asistencia sanitaria y de la atención a las personas mayores: garantizar la accesibilidad, la calidad y la sostenibilidad financiera. Comunicación de la Comisión, COM (2001) 723 final, de 5 de diciembre de 2001.

³ La respuesta de Europa al envejecimiento a escala mundial. Promover el progreso económico y social en un mundo en proceso de envejecimiento. Comunicación de la Comisión, COM (2002) 143 fina, de 18 marzo de 2002.

Según el estudio realizado por la Universidad de Oviedo “Tendencias demográficas y planificación económica en el Principado de Asturias (1996-2026)”, en los próximos años el envejecimiento se acentuará a la vez que se producirá un **sobreenvejecimiento**, es decir el aumento de la proporción de mayores de 80 años.

Dicho estudio se realizó por el método de componentes demográficos, es decir, proyectando de forma separada cada uno de los fenómenos demográficos básicos (fecundidad, mortalidad y migraciones).

Seguidamente se representa de forma gráfica la hipótesis media de la evolución prevista de la población mayor de 64 y 79 años en Asturias, teniendo en cuenta la limitación de que en ámbitos como el Principado de Asturias, los escenarios demográficos no suelen superar los quince años, por ser dicho plazo el límite a partir del cual las hipótesis son más dudosas.



2. ENFERMEDADES CRÓNICAS Y TERMINALES. DEPENDENCIA

A pesar de que existen teorías contradictorias^{5,6,7}, el aumento de la esperanza de vida en los países desarrollados podría llevar asociado una mayor prevalencia de las patologías crónicas, y en conjunto de la dependencia, simplemente por retrasar las consecuencias finales de las enfermedades pero no sus complicaciones.

Aunque el **envejecimiento** no es una enfermedad, se asocia a una mayor prevalencia de **enfermedades crónicas y degenerativas, deterioro cognitivo o dependencia funcional**, y en términos generales a un mayor uso de servicios sanitarios.

A medida que aumenta la edad también lo hace el riesgo de pérdida de la capacidad funcional lo que conlleva una **dependencia de otras personas para realizar las actividades de la vida diaria**. Según el trabajo publicado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales “La protección social de la dependencia” y cuya metodología se basa en datos de la Encuesta Nacional de Salud de 1993, el 19,6% de las personas mayores de 65 años son dependientes en cuidados personales, teniendo un 5-6% una dependencia media y un 3% una dependencia severa, mientras que en la población entre 15 y 65 años la proporción de dependientes es de un 0,4⁸.

⁵ Fries JF. Aging, natural death, and the compresión of morbidity. New Eng J Med 1980; 303: 130-5.

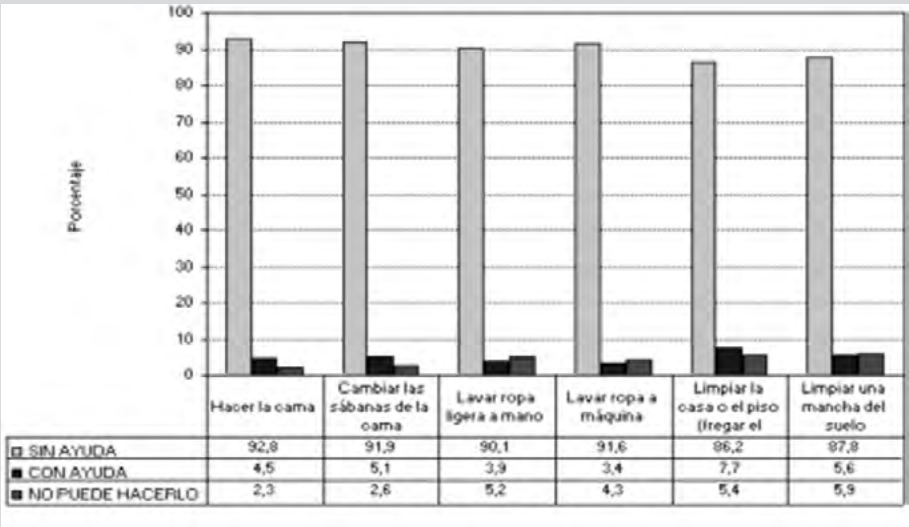
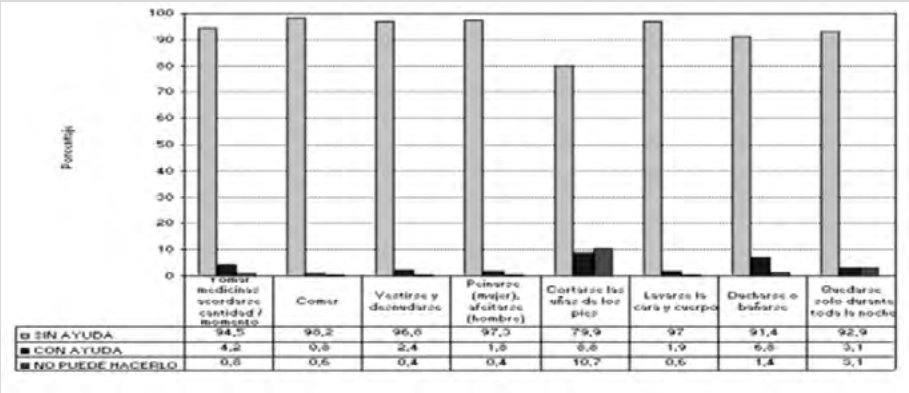
⁶ Schneider EL, Brody J. Aging, natural death, and the compression of morbidity: another view. N Engl J Med. 1983;14:854-855.

⁷ Cutler D. Declining disability among the elderly. Health Affairs 2001; 95: 11-27.

⁸ Morán Alaez E. Estimación de la población dependiente y de sus características sociodemográficas. En La protección social de la dependencia. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO).

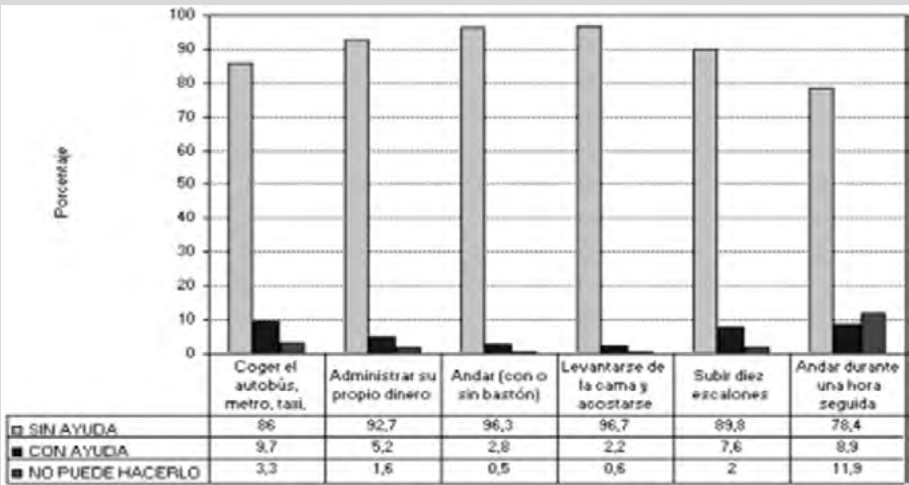
Según la Encuesta Nacional de Salud de 1997 menos del 10% de las personas mayores de 65 años son dependientes para la actividades de autocuidado.

Encuesta Nacional de Salud 1997. Actividades de autocuidados en personas de 65 y más años.

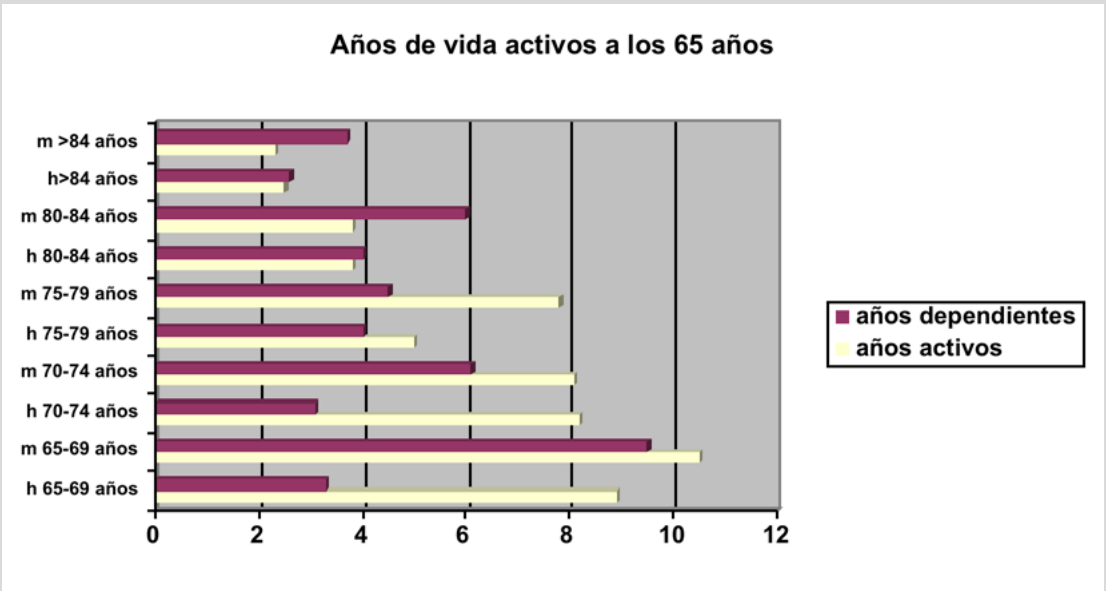


Si utilizamos otros estudios poblacionales realizados en nuestro país, la cifra de personas de más de 65 años con dependencia severa estaría entorno al 9%^{9,10,11,12}.

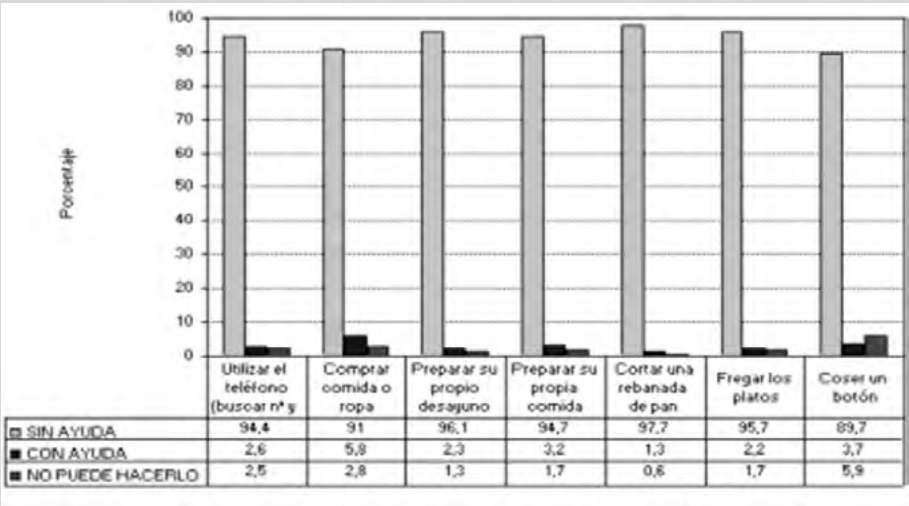
Encuesta Nacional de Salud 1997. Actividades de movilidad en personas de 65 y más años.



Estas cifras extrapoladas a Asturias representan 45.600 mayores de 64 años dependientes de los cuales entre 6.900 y 20.900 tendrían una dependencia severa.



Encuesta Nacional de Salud 1997. Actividades domésticas en personas de 65 y más años



Las principales causas de pérdida de la autonomía son aquellas derivadas de procesos con necesidad de hospitalización. En muchos casos, el resultado al alta es el de una persona con más necesidades para las actividades de la vida diaria y una familia desbordada y confusa ante la nueva situación, lo que en ocasiones genera una demanda de institucionalización o en su de-

⁹ Béland F, Zunzunegui V. Envejecer en Leganés. Rev Gerontol 1995.

¹⁰ Martínez de la Iglesia J, Espejo J, Rubio V, Enciso I, Zunzunegui MV, Aranda JM. Valoración funcional de personas mayores de 60 años que viven en una comunidad urbana. Proyecto ANCO. Aten Prim 1997;20:475-484.

¹¹ Eiroa Patiño P, Vázquez-Vizoso FL, Veras Castro R. Discapacidades y necesidades de servicios en las personas mayores detectadas en la encuesta de salud OARS-Vigo. Med Clin 1996;106:641-648.

¹² Suárez F. Oterino D, Peiró S. Estado de salud de las personas ancianas y hospitalización en servicios geriátricos, médicos y quirúrgicos. Estudio poblacional en Toledo. Rev Esp Salud Pública 2000; 74:149-162.

fecto de ayuda social comunitaria. Una parte de esta demanda podría ser evitada instaurando las estrategias preventivas y terapéuticas adecuadas^{13, 14}.

Por otro lado, el incremento de la expectativa de vida a partir de edades muy avanzadas, la mejora en las técnicas terapéuticas en las enfermedades neoplásicas, la emergencia de nuevos problemas de salud o incluso las formas de desarrollo de algunos tipos de patología han contribuido, entre otros factores, a que la cantidad de **personas enfermas en situación terminal** constituye un **grupo significativo y diferenciable** tanto por su volumen como por el modelo de respuesta sanitario-social que requiere.

En particular, el **cáncer** sigue siendo un ejemplo de enfermedad progresiva y a menudo incurable. A pesar de los indudables avances en el diagnóstico y en los diversos tratamientos activos, convencionales o experimentales, la enfermedad aún resulta incontrolable en más del 50% de los casos. Durante el año 1990 causó en el mundo unos 6 millones de muertes, de las que aproximadamente 2,4 millones se produjeron en los países desarrollados. En nuestro país la incidencia de cáncer es de 180.000 casos/año, produciéndose por este motivo 80.000 defunciones/año, siendo la enfermedad que da lugar a más años de vida perdidos.

En 1999 en Asturias el número de muertes anuales por tumores fue de 3.250 personas, 2.075 hombres y 1.175 mujeres. No obstante, a la hora de darle una dimensión al problema de los pacientes terminales, nos encontramos actualmente con un escaso nivel de información en nuestra Comunidad, al menos en lo referente a los indicadores habitualmente utilizados para la planificación de recursos de este tipo.

En la siguiente tabla puede apreciarse la distribución de la mortalidad por cáncer en Asturias en cada Área Sanitaria.

Mortalidad por Cáncer en Asturias. Año 2000			
	Población	Muertes por tumores	Tasa por mil hbts
Area I	56.750	173	3,04
Area II	37.430	92	2,45
Area III	158.795	469	2,95
Area IV	313.759	947	3,01
Area V	290.301	870	2,99
Area VI	54.521	191	3,50
Area VII	80.811	259	3,20
Area VIII	89.467	249	2,78
ASTURIAS	1.081.834	3250	3,00

Fuente: Unidad de Registro de Tumores. Consejería Salud y Servicios Sanitarios

En las personas jóvenes y adultas los accidentes de tráfico son la principal causa de dependencia severa. Se estima que unas 1.100 personas se quedan al año en una silla de ruedas por los accidentes de tráfico, debido a lesiones medulares y craneoencefálicas en la mayoría de los casos irreversibles. La incidencia de traumatismos craneoencefálicos (TCE) se estima entre 175-200 por 100.000 habitantes y la discapacidad severa consecutiva a un TCE en un 2 por 100.000 habitantes (la incidencia en Asturias sería de 22 casos al año) y la discapacidad moderada de unos 4 por 100.000 habitantes (unos 44 casos al año).

¹³ Creditor MC. Hazards of hospitalization of the elderly. Ann Intern Med 1993;118:219-23.

¹⁴ Sager MA, Franke T, Inouye SK, Landefeld CS, Morgan TM, Rudberg MA, Siebens H, Winograd CH. Functional outcomes of acute medical illness and hospitalization in older persons. Arch Intern Med 1996;156:645-652.

Según la “Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud de 1999” en España, la tasa por mil de personas con paraplejía es 0,29 y con tetraplejía de 0,26, lo que extrapolado a Asturias significaría entre 450 y 500 personas en esta situación.

Otro grupo importante de enfermedades causantes de discapacidad son las enfermedades neurodegenerativas las cuales son fuente de importantes necesidades sociosanitarias, tanto del enfermo como de su familia. La esclerosis múltiple afecta principalmente a adultos jóvenes y su prevalencia es de 40-60 personas por 100.000 habitantes (unos 500 casos en el Principado de Asturias). La enfermedad de Huntington provoca una gran afectación motora y aparece también en adultos jóvenes, siendo su prevalencia de 1 caso por 10.000 habitantes (unos 110 casos en el Principado de Asturias).

3. ENFERMEDADES MENTALES

La prevalencia de Trastornos Mentales Severos (TMS) en los Servicios de Salud Mental del Principado de Asturias en el periodo 1.999-2.000 ha sido de 7.236 personas, coincidente con la cifra del 0,6 % -0,7 % de población afectada por un TMS que resulta de distintos estudios de prevalencia.

Se estima que al menos un 10% (un 15% según algunas fuentes) de estas personas con trastornos graves presentan múltiples y diversas necesidades de atención, lo que nos situaría ante un grupo de más de 700 personas, entre las que actualmente habría que identificar las distintas necesidades de integración social y los requerimientos prioritarios de una atención intensiva con medidas de carácter sociosanitario.

De este último grupo con mayores necesidades, se puede estimar que en torno a un 40% precisará algún tipo de alojamiento, por lo que el cálculo de necesidades se situaría en torno a las 300 plazas.

Considerando que actualmente existen en Asturias, en recursos sociosanitarios (entre los que se incluye el Hospital Psiquiátrico por su carácter fundamentalmente residencial), un número de 100 plazas, se requerirían 200 nuevas plazas en distintos tipos de alojamiento.

El Plan Estratégico de los Servicios de Salud Mental propone alcanzar al final de periodo 2.001-2.003 un número de 82-86 plazas en los diversos tipos de alojamientos contemplados.

Otros recursos de carácter prioritario a contemplar en la atención sociosanitaria son los relacionados con las actividades ocupacionales y prelaborales.

Los datos disponibles sobre el empleo de las personas en tratamiento por un TMS en los Servicios de Salud Mental de Asturias nos permiten señalar que:

- Aproximadamente el 95% de los usuarios de los Servicios de Salud mental con TMS están en situación de desempleo.
- Entre el 25 % y 30 % de todos ellos no han trabajado nunca.

A partir de estas cifras cabe establecer algunos grupos, con distintas necesidades y por tanto con diferentes estrategias de abordaje:

- Un grupo de personas que mantienen su trabajo, a pesar de su enfermedad. (375)
- Un grupo de personas que consiguieron empleo pero han terminado perdiéndolo, como consecuencia de la evolución de su enfermedad y de la carencia de apoyos necesarios. (5.000)

- Un grupo de personas que no consiguieron nunca trabajo. (2.000)

La mejora de la situación social de estas personas requiere múltiples acciones que proporcionen alternativas ocupacionales y formativas, tanto generales, favoreciendo el acceso a los recursos existentes, como específicas, adaptadas a las necesidades del colectivo.

De acuerdo con los objetivos del Plan Estratégico de los Servicios de Salud Mental la estimación mínima de plazas específicas de estas características hasta el año 2.003 requerirá disponer de 110-150 plazas, con un número de 880 horas/año de formación por plaza (4 horas/día/persona).

4. CONDICIONANTES SOCIALES

En paralelo al crecimiento del Estado del Bienestar han ido aflorando, en nuestra sociedad, un número notable de demandas sentidas de asistencia sanitaria y social, cuyo incremento no ha sido acompasado por una estructura de servicios capaz de satisfacerlas en el plano de la disponibilidad, ni suficientemente sensible para detectarlas y canalizarlas en el plano de la accesibilidad.

Estas demandas son consecuencia en gran medida de dos hechos que se han producido en la sociedad española de finales del siglo XX:

- Evolución de la forma de familia extensa hacia **la familia nuclear**, con una tendencia muy acusada hacia modelos de vida independiente entre las personas mayores.
- Nuevo, y afortunado rol de las mujeres en la sociedad, que secundariamente ha producido una **crisis del apoyo informal**.

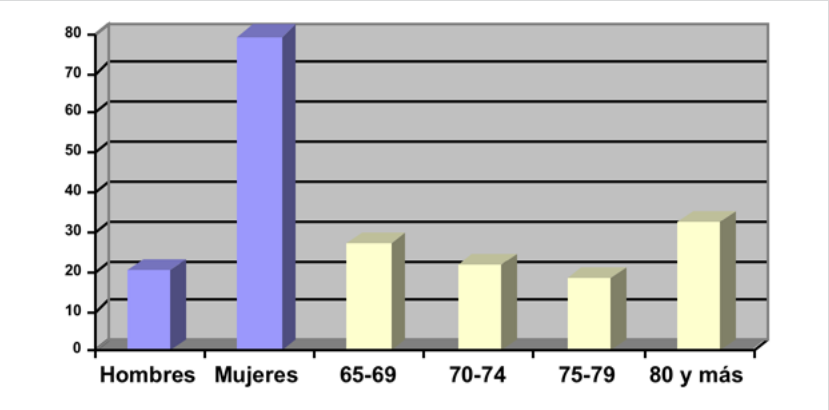
En España la forma de convivencia de las personas mayores de 65 años no institucionalizadas es principalmente con su pareja o con sus hijos. Los ancianos prefieren vivir en su ambiente habitual o rodeados por su familia y en ningún país europeo el porcentaje de población mayor de 65 años que vive en instituciones supera el 10% del total. A mayor edad y dependencia va siendo cada vez más frecuente que vivan de manera rotatoria en varios hogares, alternando su lugar de residencia entre distintos hijos, afectando esta inestabilidad residencial al 5-15% de las personas que conviven con hijos, hermanos y demás parientes.

Forma de convivencia de los mayores de 65 años no institucionalizados (España)			
	Total	Hombres	Mujeres
Solos	14,2	6,9	19,6
Con su pareja	41,3	53,6	32,2
Con sus hijos	26,4	26,8	26,1
Con sus familiares	5,0	4,4	5,6
Con empleado/a hogar	0,5	0,1	0,8
En casa de sus hijos	9,3	5,6	12,0
En casa de sus familiares	2,1	1,7	2,4
Otras personas	1,1	0,9	1,3

Fuente: estudio IMSERSO-CIS 1998

Según el estudio IMSERSO-CIS 1998 se aprecia que sólo un 9,3% de las mayores conviven con sus hijos en casa de éstos, aunque ello sí ocurre en el 20,8% de los mayores de 80 años, y que las personas mayores que viven solas lo hacen para adaptarse a las circunstancias y no por un deseo expreso.

Sexo y edad de las personas mayores que viven solas



La mayor proporción de personas mayores que viven solas son mujeres, debido a que la mayor esperanza de vida en éstas supone su mayor peso en la población mayor de 65 años, una mayor morbilidad y una tasa más alta de viudez. La tendencia en los próximos años será hacia un aumento de las personas mayores que viven solas como ya ocurre en otros países de nuestro entorno.

En cuanto a los cuidados informales, según los datos de un estudio del CIS de 1991 en un 12,37% de los hogares españoles hay alguna persona que presta apoyo informal. Este es asumido principalmente por los familiares en un 86% de los casos, siendo el papel de los hijos cada vez mayor a medida que aumenta la edad del progenitor. El perfil del cuidador es el de mujer de más de 45 años, principalmente hija del cuidado, sin estudios primarios, y que como consecuencia de ello ha visto reducido su tiempo de ocio en el 64% de los casos, origina síntomas de cansancio en el 51% y le impide ir de vacaciones en el 48%, originando secundariamente problemas laborales y del estado de salud.

Por otro lado existe un 2,5% de la población mayor de 65 años que vive en una residencia de ancianos, siendo su perfil distinto al que vive en la comunidad y correspondiéndose con el de una persona de más de 75 años, mujer, soltero o viudo, con mayor deterioro cognitivo, pluripatología y dependencia en las actividades básicas de la vida diaria¹⁵.

Según todo lo expuesto anteriormente, podemos afirmar que la creciente incorporación de la mujer al mercado laboral y el progresivo envejecimiento de la población hace del sector de servicio doméstico un importante yacimiento de empleo. Dentro del mercado laboral el servicio doméstico presenta una necesidad de mano de obra y es la población inmigrante la que está ocupando dicha actividad, siendo un sector ocupado principalmente por mujeres.

La inmigración, debidamente planificada, controlada y canalizada, puede ayudar a resolver el problema que representa el paulatino envejecimiento de la población, aportando la mano de obra necesaria para aminorar los efectos de la baja tasa de fecundidad, contribuyendo así al sostenimiento del sistema de pensiones y al estado del bienestar.

B) SITUACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS Y SOCIALES DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA

1. RECURSOS / ACTIVIDAD

¹⁵ Abellán García A. Envejecer en España. Manual Estadístico sobre el envejecimiento de la población. Fundación Caja Madrid. Madrid 1996.

1.1 ATENCIÓN PRIMARIA

En 1984 cuando se inicia la reforma de la Atención Primaria, con la evolución hacia un nuevo modelo basado en la desconcentración de las estructuras con el fin de lograr una mayor accesibilidad de la población a los servicios así como de, al menos en términos conceptuales y de propósitos, asegurar la orientación preventiva, la integralidad de la atención, la actitud activa hacia los problemas de salud individual y colectiva, la adecuada sectorización de los recursos o la facilitación del trabajo en equipo y la participación activa de los ciudadanos como elementos claves de lo que se define como nuevo modelo de atención **en Atención Primaria de Salud**, esto conlleva conceder a este modelo de atención **el papel de puerta de entrada en el sistema sanitario** así como la orientación del mismo hacia un concepto más global de salud y no el meramente asistencial.

Los recursos en Atención Primaria en el Principado de Asturias se disponen de la siguiente forma:

Recursos de la estructura									
	Área I	Área II	Área III	Área IV	Área V	Área VI	Área VII	Área VIII	Total
Centros de Salud	5	5	9	15	13	6	6	7	66
Consultorios Periféricos	25	14	13	42	4	16	21	12	147
Consultorios Locales	0	6	0	1	0	5	0	3	35
Unidad de Salud Pública	1	1	1	1	1	1	1	1	8

Recursos de Unidades Funcionales y de Personal									
	Área I	Área II	Área III	Área IV	Área V	Área VI	Área VII	Área VIII	Total
Equipos de A. Primaria	10	5	9	19	12	10	6	7	78
P. de Atención Continuada	11	8	9	21	11	10	8	6	84
Serv. Normales Urgencias	0	0	1	1	2	0	0	0	4
Unidades S. Bucodental	2	1	4	12	8	6	2	2	37
Unidades Odontología Cupo	1	0	1	1	1	0	2	2	8
E. Soporte A. Domiciliaria	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Rehabilitadores**	2	1	3	16	6		2	2	34
Terapeuta Ocupacional	0	0	0	6	2		0	0	6
Fisioterapeutas	1	3	7	8	9	2	1	3	34
Geriatras*	0	0	0	4	0	0	0	0	4
Trabajadores Sociales	2	2	4	4	6	1	2	3	24

* A Especializada; ** AP y Atención especializada

Ratios poblacionales									
	Área I	Área II	Área III	Área IV	Área V	Área VI	Área VII	Área VIII	Total
Población Médico de Familia	1.261	1.344	1.892	1.874	1.935	1.468	1.545	1.647	1.753
Población por DUE*	1.233	1.252	1.619	1.968	2.043	1.293	1.382	1.319	1.711
Población Fisioterap**	9.253	6.051	9.819	5.429	9.427	9.057	11.257	10.910	7.801
Población Trab. Social*	27.289	17.925	33.724	56.005	48.004	26.345	38.549	29.015	41.312

* Atención Primaria; ** Atención Primaria más Atención Especializada

Presión asistencial de las Unidades de Fisioterapia de AP. Año 2000		
AREA	Sesiones Fisioterapeuta y día	
	Individuales	Grupales
Area I		
Area II	18,39	2,41
Area III	37,94	
Area IV	15,63	
Area V	38,57	0,67
Area VI	31,56	0,68
Area VII	26,44	0,29
Area VIII	36,53	0,59

Presión asistencial de Trabajadores Sociales de AP. Año 2000			
AREA	Usuario por TS y día	% Visitas Domiciliarias	Intervenciones Comunitarias
Area I	8,1	8,7	54
Area II	5,2	7,4	164
Area III	4,8	5,2	9
Area IV	6,5	13,2	123
Area V	8,4	4,0	610
Area VI	6,6	17,5	261
Area VII	5,7	16,0	40
Area VIII	6,7	10,2	75

Actividad en medicina de los Equipos de Atención Primaria. Año 2000		
AREA	Presión Asistencial (usuarios por facultativo y día)	
	Presión Asistencial total	Presión asistencial domicilio
Area I	30,81	0,68
Area II	22,45	0,65
Area III	42,95	0,72
Area IV	38,52	0,84
Area V	43,72	2,74
Area VI	30,12	1,25
Area VII	25,74	0,75
Area VIII	32,80	0,84

Actividad de enfermería en domicilio en Equipos de Atención Primaria. Año 2001		
AREA	Total usuarios	Nº medio usuarios por enf. y día
Area I	16.566	1,46
Area II	8.906	1,22
Area III	33.150	1,35
Area IV	44.690	1,13
Area V	33774	1,03
Area VI	22.115	2,09
Area VII	20.515	1,36
Area VIII	19.551	1,39
TOTAL	199.267	1,41

Fuente: Sistema de información de atención primaria de Asturias

Dentro de la **Cartera de Servicios de Atención Primaria** existen tres servicios en clara **relación con la Atención Sociosanitaria**:

- **Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados**
- **Atención a pacientes terminales**
- **Prevención y detección de problemas en el anciano**

En estos servicios se evalúan:

- Criterios de inclusión: condiciones que deben de cumplir para poder ser contabilizados
- Normas Técnicas (N.T.): criterios de calidad para el desarrollo del servicio.

Seguidamente se expone la evolución de la cobertura de dichos servicios en los últimos años:

Evolución de la cobertura (1999-2001) servicio de atención domiciliaria al paciente inmovilizado					
AREA	1999	2000	2001	Población diana 2001	Personas incluidas 2001
ASTURIAS	36,1	34,7	38,68	25.877	10.009
Area I	57	59,9	56,2	1.579	887
Area II	74	71,7	67,3	933	628
Area III	32,4	25,2	29	3.483	1.010
Area IV	35	32,6	39,1	7.268	2.842
Area V	17,5	18,6	20,4	6.755	1.378
Area VI	54,5	65,2	74	1.680	1.243
Area VII	52,5	36,6	46,9	2.003	939
Area VIII	42,6	47,1	49,7	2.176	1.081

Población diana: se estima un 11% de la población > 64 años

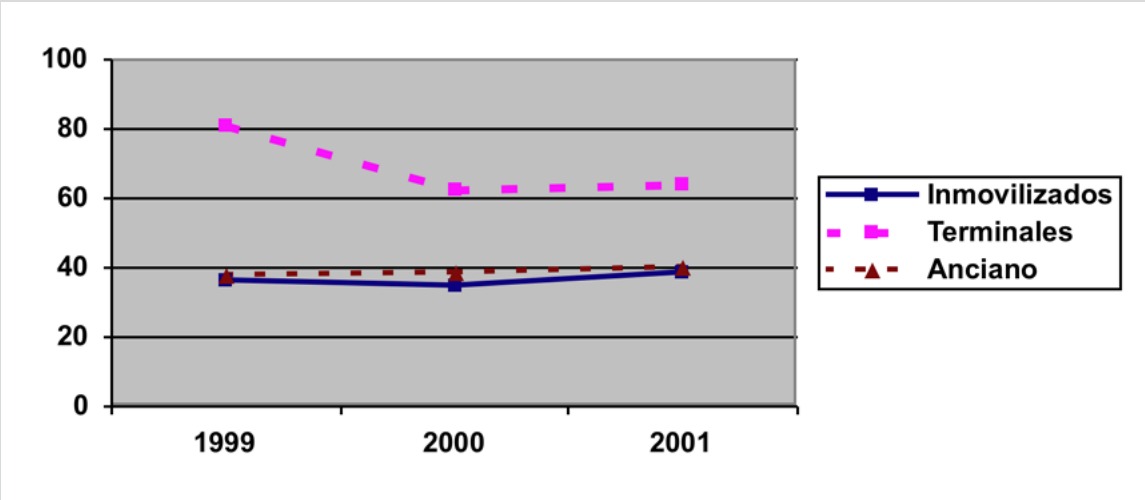
Evolución de la cobertura (1999-2001) servicio de atención a pacientes terminales					
AREA	1999	2000	2001	Población diana 2001	Personas incluidas 2001
ASTURIAS	81,1	62,6	63,65	2.127	1.354
Area I	130,8	155,8	93,7	108	101
Area II	92,7	65,6	88,4	70	62
Area III	83,6	29,5	35,2	312	110
Area IV	59,5	45	58,3	627	366
Area V	42,1	50,2	55,8	579	323
Area VI	149,5	121,9	121,9	105	128
Area VII	186,3	99,6	66,4	154	102
Area VIII	115,3	100,1	94,3	172	162

Población Diana: 2 por mil de la población total

Evolución de la cobertura (1999-2001) servicio de prevención y detección de problemas en el anciano					
AREA	1999	2000	2001	Población diana 2001	Personas incluidas 2001
ASTURIAS	37,8	38,3	40,18	106.656	42.859
Area I	45,2	41,3	37,8	6.974	2.636
Area II	42,9	36,1	48,9	4.033	1.972
Area III	21,1	22,4	25,2	13.388	3.374
Area IV	33,6	36,9	37,4	31.057	11.615
Area V	29,8	35,3	41,3	27.340	11.291
Area VI	35,5	39	44,6	7.686	3.428
Area VII	97,9	68,1	52,8	7.629	4.028
Area VIII	44,7	49,5	52,8	8.549	4.514

Población Diana: Población > 74 años

De una forma gráfica la evolución de la cobertura de dichos servicios en el Principado de Asturias durante el periodo citado fue la siguiente:



El **cumplimiento de las Normas Técnicas** de los **servicios de prevención y detección de problemas en el anciano y de pacientes terminales** en el año 2001 fue la siguiente:

	S. Anciano	S. Terminales
Area I	72,54	87,89
Area II	61,66	87,59
Area III	42,82	66,58
Area IV	50,21	67,55
Area V	61,88	87,18
Area VI	55,50	84,34
Area VII	67,61	80,94
Area VIII	77,38	89,26

1.2 EQUIPOS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

Con el objeto de clarificar la actual disposición de los equipos de atención domiciliaria de carácter sanitario en el Principado de Asturias se hace una ordenación de ellos por Areas Sanitarias, describiendo de forma simple su actividad y recursos con los que cuenta. Debe resaltarse que en la actualidad las distintas estructuras están actuando sin criterios uniformes en cuantos a que procesos tienen como objetivo y cual es su marco de intervención.

AREA III

• **Equipo de Hospitalización Domiciliaria** dependiente del hospital San Agustín. Ya constituido por dos médicos y dos diplomados en enfermería. Ha iniciado su actividad en Junio de 2002.

AREA IV

• **Unidad de Cuidados Paliativos** desarrollada por la Asociación Española contra el Cáncer y que mediante un Acuerdo Marco con el SESPA se compromete a colaborar con las estructuras de atención Primaria y Especializada para la atención de enfermos oncológicos terminales. Formada por un médico, un diplomado en enfermería, un trabajador social y un psicólogo. Ha iniciado su actividad en junio de 2002 con un horario de funcionamiento de 8 a 15 de lunes a viernes, limitándose su ámbito de actuación al casco urbano de Oviedo.

AREA V

• **Unidad de Hospitalización a Domicilio** dependiente del hospital de Cabueñes en funcionamiento desde 1992, y cuya actividad fundamental está centrada en la atención a pacientes oncológicos y terminales, así como de pacientes crónicos agudizados. Actualmente esta unidad está formada por tres médicos, un psicólogo, cuatro diplomados en enfermería y un administrativo, cuenta con tres vehículos y la medicación y el material necesario es suministrado por el hospital. Su horario de funcionamiento es de 8 a 21 horas todos los días del año. Durante el año 2001 se produjeron 355 ingresos (el 72% nuevos), tratándose en el 80% de los casos de pacientes terminales:

Datos Actividad	
Nº total de ingresos	355
Nº pacientes nuevos	255 (72%)
Nº total de altas	348
Nº total de consultas	381
Nº total de estancias	11969
Nº de camas virtuales	35
Tipo de Procesos	
Oncológicos y terminales	287 (80,8%)
Crónicos agudizados	41 (11,5%)
Quirúrgicos	24 (6,7%)
Agudos	3 (0,84%)
Indicadores	
Estancia media	33,7
Ocupación	93,6
Tasa de reingresos	20,5
Tasa de mortalidad	26,7

• **Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD).** Este equipo se implanta en Gijón en el año 2001 y desarrolla el Programa de Atención Domiciliaria con Equipo de Soporte en sus vertientes de Atención a Pacientes Inmovilizados y de Atención a Pacientes Terminales. El Equipo está formado por dos médicos, dos diplomados en enfermería, un auxiliar de enfermería y un administrativo y dispone de un vehículo.

Durante el año 2001 el ESAD ha participado en la atención de 217 pacientes, de los cuales el 83% e incluyeron en el programa como terminales y el 17% como inmovilizados. El número medio de visitas en ese periodo fue de 1290 con una media de 7,3 visitas por paciente, siendo la estancia media para terminales de 32,4 días y para inmovilizados de 97,7 días.

1.3. SERVICIO AYUDA A DOMICILIO (Servicios Sociales)

Programa de atención individualizado dirigido a personas o grupos familiares, dependientes o en riesgo de dependencia, que contribuye al mantenimiento de las mismas en su medio habitual, facilitando su autonomía funcional mediante apoyos de carácter personal, doméstico o social, prestados preferentemente en su domicilio o entorno más próximo.

Entre sus **objetivos** se encuentran:

- Prevenir y evitar el internamiento innecesario de personas que, con una alternativa adecuada, puedan permanecer en su medio habitual.

- Favorecer en la persona usuaria el desarrollo de sus capacidades personales y hábitos de vida saludables.

- Atender situaciones coyunturales de crisis personal o familiar que afecten la autonomía personal o social.

- Favorecer la participación de la persona usuaria en la vida de la comunidad.

- Colaborar con las familias en la atención a las personas dependientes.

- Potenciar las relaciones sociales y las actividades en el entorno comunitario, paliando así los posibles problemas de aislamiento y soledad.

- Mejorar el equilibrio personal del individuo, de su familia y de su entorno mediante el refuerzo de los vínculos familiares, vecinales y de amistad.

Corresponde a los Ayuntamientos, por sí mismos o asociados, la competencia relativa a la concesión y prestación del servicio de ayuda a domicilio.

Cobertura de la Atención Domiciliaria por Areas Sanitarias año 2000			
AREA	POBLACIÓN MAYOR 65 AÑOS	Nº USUARIOS	INDICE DE COBERTURA
ASTURIAS	14.243	398	2,79%
Area I	8.516	181	2,12%
Area II	28.933	888	3,06%
Area III	61.703	1.235	2,00%
Area IV	56.327	988	1,75%
Area V	15.117	346	2,28%
Area VI	17.645	304	1,72%
Area VII	19.048	320	1,68%
Area VIII	221.532	4.660	2,10%

1.4. HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO

Centro diurno, integrado en el hospital, donde acude los pacientes con incapacidades psíquicas o físicas para recibir tratamiento integral y/o valoración, y regresar posteriormente a su domicilio.

Entre sus **objetivos** se encuentran:

- Su principal objetivo es recuperar la capacidad funcional perdida tras una enfermedad, por lo que tiene un perfil principalmente rehabilitador^{16, 17}

- Continuar el proceso terapéutico iniciado durante la hospitalización

- Facilitar el alta hospitalaria temprana

¹⁶ Research Unit of the Royal College of Physicians and British Geriatric Society. Geriatric day hospitals: their role and guidelines for good practice. London: RCP, 1994.

¹⁷ Baztán JJ, Hornillos M, González-Montalvo JI. Hospital de día geriátrico. Características, funcionamiento y efectividad. Med Clin (Barc) 1993; 10: 699-704.

- Facilitar el mantenimiento del enfermo en su domicilio
- Evitar el ingreso en residencias
- Fomentar actividades tendentes a la reorientación a la realidad y a la prevención de la incapacidad psíquica
- Proporcionar cuidados clínicos y de enfermería que no pueden ser realizados en medio ambulatorio, sin necesidad de ingreso hospitalario

En el Principado de Asturias contamos con el Hospital de Día del Hospital Monte Naranco, el cual cuenta con 20 plazas. Durante el año 2000 generó 1.795 estancias y su ocupación fue del 36%.

1.5. CENTROS DE DÍA

Son centros gerontológico socio-terapéuticos de apoyo a la familia que durante el día prestan atención a las necesidades básicas, terapéuticas y sociales de la persona mayor dependiente promoviendo su autonomía y una permanencia adecuada a su entorno habitual.

Entre sus **objetivos** se encuentran:

- Favorecer la permanencia en el medio habitual de la persona mayor dependiente mejorando la calidad de vida del núcleo familiar de convivencia.
- Retrasar o prevenir el incremento de la dependencia a través de la potenciación y rehabilitación de sus capacidades cognitivas, funcionales y sociales
- Evitar o retrasar institucionalizaciones definitivas no deseadas o desaconsejables
- Proporcionar tiempo libre y descanso a los cuidadores
- Dotar de conocimientos, habilidades y desarrollar actitudes que contribuyan a una mejora de la calidad de los cuidados dispensados a la persona mayor
- Reducir el riesgo de claudicación en los cuidados

En el Principado de Asturias actualmente existen 13 centros de Día para Personas Mayores Dependientes con un total de 275 plazas, siendo todas sus plazas de titularidad pública regional.

Nombre	Concejo	Area
C. DIA PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES LUARCA	VALDÉS	I
C. DIA PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES J. DE CANTOS	AVILÉS	III
C. DIA PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES LA LUZ	AVILÉS	III
C. DIA PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES NARANCO	OVIEDO	IV
C. DIA PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES COVADONGA	OVIEDO	IV
C. DIA PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES PUMARÍN	OVIEDO	IV
C. DIA PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES PUMARÍN	GIJÓN	V
C. DIA PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES EL ARBEYAL	GIJÓN	V

Nombre	Concejo	Area
C. DIA PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES EL LLANO	GIJÓN	V
C. DIA PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES MIERES	MIERES	VII
C. DIA PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES SANTA CRISTINA	LENA	VII
C. DIA PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES SAMA	LANGREO	VIII
C. DIA PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES LA FELGUERA	LANGREO	VIII

1.6. ATENCIÓN HOSPITALARIA

Existen 9 Hospitales de Área: Jarrio, Severo Ochoa, S. Agustín, H. Central de Asturias, F. Grande Covián, Alvarez Buylla, Valle del Nalón, y los hospitales de Jove y Cabueñes que comparten la referencia en el área V.

Camas instaladas por Área Sanitaria y ratio poblacional. (Hospitales de Area) Año 2001		
Areas Sanitarias: Cabecera	Camas instaladas	Camas/mil hab.
I: Jarrio	110	1,9
II: Cangas del Narcea	130	3,4
III: Avilés	350	2,2
IV: Oviedo	1.503	5,1
V: Gijón	724	3,3
VI: Arriondas	78	1,4
VII: Mieres	202	2,1
VIII: Langreo	255	2,6
TOTAL	3.352	3,2

Nuestra red hospitalaria tiene unas características específicas al contar con una serie de hospitales que se podrían denominar de apoyo en las Areas Sanitarias III, IV, V y VIII. Estos centros son el H. de Avilés (HA), H. Cruz Roja de Gijón (HCR), H. Monte Naranco (HMN) y Sanatorio Adaro (SA) respectivamente, de los cuales sólo el HMN pertenece a la red pública, en concreto al Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Todos ellos disponen de una cartera de servicios de prestaciones orientadas a la recuperación y/o mantenimiento del nivel de autonomía funcional principalmente de pacientes ancianos. Esta prestación la realizan en régimen de concierto, tanto con el SESPA en lo que hace mención a los hospitales de Avilés, Cruz Roja y Monte Naranco a través del epígrafe “media estancia,” como con el SESPA y la Consejería de Asuntos Sociales por lo que respecta al Sanatorio Adaro. El cuadro adjunto resume los aspectos mencionados:

Dependencia institucional de los hospitales con servicios de carácter sociosanitario		
Centro	Propiedad	Concierto con
Sanatorio Adaro	Patronato (público)	SESPA+Consejería Asuntos Sociales
Hospital de Avilés	Patronato (público)	SESPA
Hospital de la Cruz Roja	Cruz Roja Española	SESPA
Hospital Monte Naranco	SESPA	-

En conjunto las camas destinadas en el Principado de Asturias atención geriátrica y a media y larga estancia públicas y de uso público, excluyendo las de psiquiatría, son 408 (10,6% del total de camas funcionantes). Que se corresponden con: 143 H. Monte Naranco, 85 H. Avilés, 96 H. Cruz Roja de Gijón, 84 Sanatorio Adaro (las camas totales del centro son 135; en la actualidad se tiene previsto la ampliación del concierto para 30 camas más de Recuperación Funcional,

que con las actuales 84 de cuidados prolongados nos dan un total de 114 camas de uso público) En cada centro se podrían diferenciar las siguientes unidades funcionales dependiendo de los procesos y de los objetivos de cada una de ellas:

- Unidad de Agudos Geriátricos
- Unidad de Media Estancia o de Recuperación funcional
- Unidad de Cuidados Paliativos
- Unidad de Larga Estancia o Cuidados Prolongados

Distribución de unidades funcionales						
	Total Camas Funcionantes	Unidad de Agudos Geriátricos	Unidad de Media Estancia	Unidad de Larga Estancia	Unidad de Cuidados Paliativos	Otros
H. M. Naranco	174	51	77		15	31
H. Cruz Roja	142	32	32		32	47
H. AvilésI	87	Sí	Sí			
H. Adaro	135	(20)2		84		

1. Dispone de 84 camas de agudos geriátricos y media estancia sin una clara distribución: son utilizadas para uno u otro fin según la demanda existente.

2. Dispone de camas de agudos por convenio con el SESPA mientras duren las obras de reforma del Hospital Valle del Nalón

Unidad de Agudos Geriátricos

• Todos estos centros disponen de **camas de agudos geriátricos**, cuya derivación se produce desde el hospital de referencia del Área Sanitaria. La situación del H. Adaro es transitoria en este sentido, como consecuencia de las obras de remodelación del Hospital Valle del Nalón. En ningún caso existen criterios explícitos de derivación, siendo un facultativo de cada uno de estos centros el que selecciona en su hospital de referencia, y tras interconsulta previa, los casos subsidiarios de traslado. No obstante, se utiliza el concepto de anciano de alto riesgo o frágil de la literatura médica para seleccionar a aquellos enfermos que van a tener un mayor beneficio de este tipo de atención, lo que se traduce en la mayoría de las ocasiones, en una fructuosa coordinación entre las dos partes, y una buena selección de los casos, a lo que contribuye los muchos años de colaboración previa. Esta metodología es aplicable en todas y cada una de las Unidades de los distintos Centros Hospitalarios.

Unidad de Media Estancia o de Recuperación Funcional o de Rehabilitación

• **HMN, HCR y HA** tienen camas de media estancia orientadas a la recuperación funcional de los pacientes ingresados, siendo las principales patologías tratadas los accidentes cerebrovasculares y la fractura de cadera. Cabe destacar una tendencia hacia la especialización, como lo demuestra el Programa de Orto geriatria / fractura de cadera que desde 1998 es llevado a cabo en el HMN en coordinación con el Hospital Central de Asturias y la Unidad de Ictus que dispone ese mismo hospital.

Unidad de Cuidados Paliativos

• El **HMN y el HCR** disponen de una unidad de cuidados paliativos, aunque el hospital HCR dispone de 32 camas para ese fin, 16 se utilizan para enfermos crónicos con problemas sociales, que no se enmarcan claramente dentro del llamado enfermo terminal, por lo que podríamos considerarlas funcionalmente de larga estancia.

Unidad de Larga Estancia

• El **H. Adaro** es el único centro que dispone de camas de larga estancia, 125 en total, aunque sólo 84 están concertadas mediante un Convenio con el SESPA y el ERA.

1.7. RESIDENCIAS PARA PERSONAS MAYORES

Actualmente existen 2.785 plazas en residencias públicas o concertadas lo que significa 1,25 plazas de uso público por 100 mayores de 65 años.

Plazas residenciales de uso público por Área Sanitaria. 1999 (incluye viviendas tuteladas)

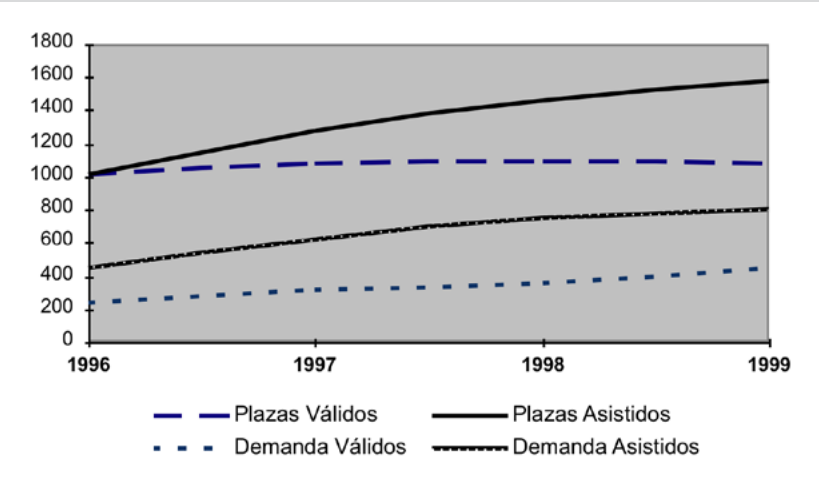
AREA	TITULARIDAD			TOTALES*	Cobertura
	ERA	Municipal	Concertado		
Area I	76	0	12	88	0,61
Area II	70	0	10	80	0,98
Area III	136	0	33	169	0,58
Area IV	933	20	92	1045	1,69
Area V	628	64	91	783	1,39
Area VI	170	9	77	342	2,26
Area VII	0	100	49	149	0,84
Area VIII	104	0	25*	129	0,67
Asturias	2117	193	389	2785	1,25

* No se incluyen las 84 plazas concertadas con el Hospital Adaro

En cuanto a su distribución existe una elevada proporción de pacientes válidos, lo que parece sugerir una elevada proporción de uso no adecuado si el problema central es el de abordar la incapacidad y dependencia, y si asumimos que estas personas válidas podrían en su mayoría vivir en su domicilio si se les aportase la ayuda necesaria.

Distribución de plazas válidos/asistidos		
AREA	Plazas de Válidos	Plazas de Asistidos
Area I	26	62
Area II	20	60
Area III	38	131
Area IV	501	524
Area V	352	431
Area VI	73	183
Area VII	20	29
Area VIII	39	90
Asturias	1069	1510

Evolución de plazas de válidos / asistidos y demanda en el ERA y centros concertados.



La actual clasificación de residentes usada por el ERA (validos/asistidos) no describe las necesidades de atención y cuidados de cada individuo. Si tenemos en cuenta que la población de solicitantes de plaza en residencias públicas cada vez tiene mayor complejidad, y por tanto requiere estructuras más complejas y personal más entrenado, puede suceder que progresivamente este tipo de población se excluya de los servicios, ya que se trata de pacientes no subsidiarios de tratamiento hospitalario y demasiado complejos para un acomodo comunitario en condiciones de suficiente dignidad ¹⁸.

Parece preciso el desarrollo de Sistemas de Clasificación de Pacientes que midan la intensidad de cuidados y tratamiento requerida por cada tipo de usuario, lo que permitirá relacionar de un modo adecuado la estructura de los centros con la tipología de pacientes que deben de atender. Estos sistemas permiten tipificar la población residencial en función de las cargas de trabajo que ésta genera, con una graduación de cargas mucho mayor que la establecida por la clásica diferenciación válidos-asistidos actualmente en vigor¹⁹. En este sentido, es de destacar el trabajo realizado en el ERA para objetivar la complejidad de los residentes y de aquellos en listas de espera, para lo que se utilizó el RUG como sistema de clasificación de pacientes y donde se constató ²⁰:

- Análisis de lista de espera:
 - Elevada proporción (75%) de casos con escasa necesidad de cuidados y por tanto beneficiarios de atención domiciliaria.
 - El grupo con mayor concentración comparativa en la lista de espera es el de trastornos de conducta.
- Adecuación de la institucionalización:
 - Entre un 14-16% de los residentes estarían englobados en grupos con elevado contenido sanitario.
 - El 1,67% se encuentra en grupos con tratamiento rehabilitador.

2. UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES POR LAS PERSONAS CON NECESIDADES SOCIO SANITARIAS

En el ámbito del Sistema Nacional de Salud, se constatan a través de los indicadores de atención sanitaria en **Atención Primaria** las carencias de una atención sociosanitaria coordinada e integral de los ancianos como son:

- la **duplicidad de la tasa de consultas** generada por las personas mayores.
- la **necesidad de un mayor tiempo de dedicación**, siendo el promedio para adultos de 7,4 minutos, tiempos ligeramente superiores en consultorios y en el ámbito rural.
- las **consultas domiciliarias al colectivo de personas mayores supone un 40%** de las realizadas por los equipos de Atención Primaria.

En **Atención Especializada**, ocurre lo mismo, generando un gran impacto sobre la estructura sanitaria. En concreto, al realizar un análisis del CMBD del año 2000 correspondiente al Principado de Asturias se constata:

- Los mayores de 70 años supusieron el 34,2% de los ingresos, y el 42,5 % de las estancias.

¹⁸ Propuesta Organizativa para la atención sociosanitaria en el Principado de Asturias. SESPA 1999.

¹⁹ Propuesta Organizativa para la atención sociosanitaria en el Principado de Asturias. SESPA 1999.

²⁰ Propuesta Organizativa para la atención sociosanitaria en el Principado de Asturias. SESPA 1999.

- Los GRD más frecuentes fueron en este grupo de edad fueron:

541	Trast.respiratorios exc. infecciones, bronquitis, asma con CC mayor	1693	5,2%
127	Insuficiencia cardiaca & shock	1615	5,0%
88	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	1428	4,4%
14	Trastornos cerebrovasculares específicos excepto AIT	1406	4,3%
39	Procedimientos sobre cristalino con o sin vitrectomía	1353	4,2%

- Si sólo seleccionamos a la **población mayor de 70 años con estancias superiores a 21 días** obtenemos:
 - 3.483 procesos
 - 125.471 estancias (14,9% de las estancias totales de la población)
 - El 56,2% de estos procesos se concentran en los servicios de:
 - Cirugía General (18,3%)
 - Medicina Interna (16,7%)
 - Cirugía Vascular (10,7%)
 - Traumatología (10,5%)

El mayor uso de los servicios sanitario no significa un mal uso o un uso innecesario de éstos, sino que estaría justificado por unas mayores necesidades de salud ligadas a los problemas inherentes a la edad y por modificaciones de la oferta sanitaria ligadas a la capacidad tecnológica y la efectividad de determinados tratamientos (y que generan en definitiva una mayor intensidad en el uso de los recursos sanitarios²¹.

Asimismo no ha observado que la edad este relacionada con una mayor proporción de estancias hospitalarias innecesarias²². Así mismo se ha observado una mayor justificación de los ingresos hospitalarios en los ancianos respecto a los mas jóvenes^{23,24}, que la utilización adecuada de los servicios de urgencias aumenta con la edad²⁵ y que existe un mejor uso de los servicios de asistencia domiciliaria por esta población.

Con respecto al uso de recursos por los enfermos terminales, no existen estudios para la población asturiana. No obstante, es generalmente aceptado que en nuestro medio el lugar habitual de muerte para los enfermos con cáncer es el hospital, con cifras que oscilan entre el 60 y 70 %. Por otra parte, la experiencia en Comunidades Autónomas de nuestro entorno refleja que la prevalencia de enfermos terminales en los hospitales de agudos es elevada, alcanzando cifras que oscilan entre un 10 y 12% de los enfermos ingresados.

Realizando un análisis del CMBD correspondiente al año 2001, las altas con diagnósticos de neoplasias malignas por Area Sanitaria fue la siguiente:

I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	Total
165	153	664	2.049	823	-	250	431	4.535

²¹ Zunzunegui MV. Envejecimiento y Salud. En Informe SESPAS 1998: la Salud Pública y el futuro estado del bienestar. Pg: 121-39.

²² Portella E, Oterino de la Fuente D, Peiro S. Impact de l'ag  sur la utilization non necessaire. En: La dependance, defi de l'an 2.000. Geneve: Institute Suisse de la Sante Publique. ed. Rev JC, Tilquin C. 1994:174-79

²³ Muiño A, González VJ, Rodríguez E, Lázaro C, Fernández E. Asistencia en un servicio de urgencia: justificación de las visitas y adecuación de los ingresos. Rev Clin Esp 1988;182:374-8.

²⁴ González Montalvo JI, Baztán JJ, Rodríguez Mañas L, San Cristobal E, Gato A, Ballesteros P, Salgado A. Ingreso hospitalario urgente en servicios médicos, justificación, factores sociales y sus diferencias en función de la edad. Med Clin 1994;103:441-44.

²⁵ Oterino de la Fuente D, Peiró S, Marchan C, Portella E. Inappropriate Hospitalisation: reasons and determinants. European Journal of Public Health 1996;6:126-132.

3. NECESIDADES DE COORDINACIÓN DETECTADOS ENTRE LOS SERVICIOS SANITARIOS Y SOCIALES.

Consecuencia de todos los cambios anteriormente citados, hoy en día la demanda del ciudadano está evolucionando desde la demanda de resolución de su problema agudo, hacia la búsqueda de soluciones para sus problemas crónicos y sus discapacidades, que le permitan mantener una calidad de vida aceptable y que ésta sea mantenida el mayor tiempo posible. Desde la perspectiva de la atención centrada en el ciudadano no existe justificación para la diferenciación de las prestaciones o de los sistemas de atención, siendo ésta más fruto de la distinta dependencia organizativa o de su carácter de derecho que de cuestiones conceptuales. Históricamente, ha existido dificultad en realizar una oferta integrada de servicios sanitarios y sociales (motivos estructurales y coyunturales vinculados al desarrollo histórico y normativo) de ambos sistemas ante ciudadanos en determinadas situaciones (personas mayores, discapacitados, enfermos terminales, personas con enfermedades neurodegenerativas...) que por su naturaleza requerirían las acciones de ambos sistemas social y sanitario.

La existencia de estas dos redes gestionadas desde estructuras independientes, con distinto grado de desarrollo y con objetivos en muchas ocasiones no convergentes, hace difícil la actuación de forma conjunta y complementaria para dar respuesta a determinado tipo de necesidades que se presentan de forma simultánea.

En términos generales, las prestaciones sanitarias se llevan a cabo a través de los centros del Sistema Nacional de Salud o de centros de diversas titularidades concertados con el mismo. El acceso es universal y sin coste directo para el paciente.

Las prestaciones tradicionalmente denominadas sociales o de los Servicios Sociales, están sujetas a criterios de **acceso plasmados en baremos o normas** y, aparte de las estrictamente privadas, exigen en algunos casos copago por parte del beneficiario. La dependencia institucional es mucho más diversa que la red sanitaria, si bien existe una notable red de centros públicos dependientes de la Comunidad Autónoma.

Esta **situación en la red social** tienen consecuencias para el sistema sanitario: la **prolongación de las estancias hospitalarias en espera de obtener plaza en estructuras de recursos sociales o la sobrecarga de los equipos de atención primaria**. Mientras que para las **familias suponen soportar grandes cargas, a veces involuntariamente, de cuidados de personas** que precisan pero no obtienen los recursos de apoyo solicitados.

También existen **problemas derivados del actual sistema sanitario**. Realizando un análisis de la situación desde un punto de vista “micro” se pueden evidenciar ciertos problemas concretos derivados de la falta de respuesta del sistema y relacionados con las necesidades de la población dependiente o de riesgo:

- Los servicios hospitalarios resuelven problemas clínicos concretos pero son **escasas las estructuras intermedias de hospitalización o unidades de bajos requerimientos tecnológicos** que tengan como usuario al paciente con patologías crónicas y cuyo objetivo sea conseguir el mayor grado de autonomía personal.
- Existen áreas de necesidad más o menos detectadas pero poco cubiertas, como son la **atención de enfermos terminales, actividades de rehabilitación de procesos agudos y crónicos o la atención domiciliaria**.
- Respecto a la prestación de la atención a los ancianos dada la alta prevalencia entre

ellos de procesos de tipo crónico o degenerativo, la situación dista mucho de ser la ideal. La Atención Primaria ha tratado de impulsar el concepto de atención sociosanitaria mediante iniciativas puntuales que, en general, no han tenido la suficiente intensidad ni continuidad (servicio de detección precoz de problemas en el anciano, programa de atención domiciliaria y algunas iniciativas en cuidados paliativos). No obstante, las acciones de coordinación sociosanitaria que actualmente se están llevando a cabo parten de la motivación de los profesionales por dar respuesta a la presión cotidiana de las necesidades que se les plantean.

- Una situación con la que se encuentran diariamente los profesionales de atención primaria es la **atención sanitaria de la población que vive en residencias para personas mayores**. En concreto, las personas dependientes que viven en residencias para personas mayores deben de recibir necesariamente atención sanitaria en la propia institución dadas las dificultades que presentan para la realización de las actividades propias de la vida cotidiana. Un aspecto especialmente relevante de **esta población es que en general requieren una mayor cantidad de cuidados médicos y de enfermería, no obstante, en su mayoría obtienen un escaso beneficio de técnicas diagnósticas y terapéuticas de alta complejidad**, demandando por el contrario servicios que tengan como finalidad mejorar su calidad de vida y autonomía personal. Esta situación desborda en ocasiones a los profesionales de Atención Primaria y tiene como consecuencia que se actúe a demanda y no de forma programada, hecho paradójico al ser la población institucionalizada una de las que más se podría beneficiar de la actuación programada y preventiva.

II. ¿A QUIEN CONSIDERAMOS USUARIO SOCIO SANITARIO?

A la hora de planificar cualquier actuación asistencial (y por ende sociosanitaria), deberíamos precisar a qué tipo de usuario se dirigen. Por ello es preciso clasificar a los usuarios en diferentes categorías, necesitando cada una de ellas una gestión diferenciada de sus procesos.

Las poblaciones en las que este modelo de atención se puede mostrar más eficiente y que comparten las distintas Comunidades Autónomas que tienen experiencia en este sentido son:

- Personas mayores.
- Personas con trastornos mentales severos
- Personas con grandes discapacidades.
- Enfermos terminales.
- Personas en situación de precariedad social con problemas sanitarios

El envejecimiento de la población y la mayor prevalencia de enfermedades crónicas y terminales, ha dado lugar a que en pocas décadas unos sistemas sanitarios pensados y preparados para enfrentarse a enfermos con enfermedades agudas y únicas (niños y adultos) tienen que dar respuesta a una mayoría de enfermos con un perfil diferente: enfermos con múltiples enfermedades concurrentes y crónicas. Unos sistemas sanitarios diseñados para la curación se enfrentan a personas con enfermedades tratables pero no curables en su totalidad. Finalmente, estos mismos sistemas sanitarios, pensados para atender a pacientes en los que la enfermedad causaba raramente una pérdida de la función, han pasado a atender una demanda asistencial que proviene de pacientes en los que ocurre justamente lo contrario: la enfermedad se manifiesta por la pérdida de la función y de la autonomía, y cuyo principal objetivo terapéu-

tico ya no es la curación, sino la prevención de la pérdida de la función y, cuando esto no se ha conseguido el mantenimiento de su calidad de vida.

El paradigma de esta situación es el hospital de agudos, el cual está diseñado para dar respuesta a enfermos curables, para lo que dispone de equipos tecnológicos sofisticados y profesionales altamente especializados. Pero, se conoce que en los hospitales de agudos un 15% de los ingresados son convalecientes y alrededor de un 10% son terminales. A esto habría que añadir que un 40% son mayores de 65 años de los cuales un 15 % podrían beneficiarse de programas específicos de atención sociosanitaria.

Todo ello induce a **priorizar las primeras acciones** de este proyecto en dar cobertura a la atención a dos tipologías de ciudadanos: **personas mayores y enfermos terminales**.

III. ¿CUÁLES SON LAS NECESIDADES DE ESTOS CIUDADANOS/CIUDADANAS?

Los usuarios anteriormente descritos presentan de una forma general alguna de las siguientes necesidades:

- Evitar la dependencia en aquellos pacientes en riesgo
- Recuperación funcional
 - En pacientes geriátricos con procesos agudos
 - En pacientes con situaciones de incapacidad reversible
- Atención de la incapacidad irreversible
- Cuidados paliativos

IV. OBJETIVOS DE LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

1. OBJETIVO GENERAL

Desarrollar un proyecto que mejore la calidad de vida, evitando el aislamiento y las desigualdades de las personas que presenten enfermedades crónicas, terminales, dependencia y necesidades sociales integrando los actuales sistemas de atención sociales y sanitaria.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- **Mejorar la eficiencia** de los distintos sistemas, garantizando que cada usuario esté en el recurso más adecuado para su situación personal y familiar, aún cuando éste tenga una dependencia administrativa diferente.

- **Crear circuitos de coordinación** que clarifiquen los criterios y mecanismos de derivación

- **Mejorar la organización de la atención sanitaria en las residencias para personas mayores** dada la necesidad de ordenar la atención desde la especificidad que tiene la enfermedad en esta población.

- Contribuir a **incrementar la sensibilidad de los profesionales** de los sistemas sanitarios y social hacia los problemas de estos ciudadanos.

- **Fomentar la investigación, docencia y formación continuada** de los profesionales del Sistema Sanitario y del Sistema de Servicios Sociales sobre temas relacionados con la atención socio-sanitaria.

- **Desarrollar un sistema de información sociosanitario.**

- **Fomentar la educación sanitaria**, promocionando el autocuidado y el desarrollo de programas de envejecimiento saludable, promoviendo la autonomía personal y el mantenimiento en su entorno habitual.

V. PRINCIPIOS RECTORES DEL MODELO DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA EN EL SISTEMA SANITARIO

El **diseño de un modelo de intervención sociosanitaria** tiene que tener como objetivo fundamental **la elaboración de una estrategia para dar una respuesta política al problema de los diferentes colectivos de personas dependientes**, basada en el fortalecimiento de la **coordinación y la colaboración de todos los actores que intervienen en los procesos**. Simultáneamente, habrá que desarrollar **políticas que frenen el crecimiento del número de personas dependientes**, fomentando un envejecimiento sano, la prevención de accidentes, el riesgo de enfermedades que incapacitan a las personas y la rehabilitación subsiguiente a cualquier enfermedad.

Es indispensable que el modelo por el que se opte pueda dar una respuesta global e integrada a las necesidades de las personas dependientes, eliminando las barreras que actualmente existen en las relaciones entre los dos sistemas. No se trataría pues de cubrir solamente las necesidades o carencias de un sistema por el otro, sino de **articular unos mecanismos de intervención que vinculen estrechamente las prestaciones propias y específicas de cada uno de los sistemas, reforzando la validez e independencia así como la consolidación de los mismos y facilitando la percepción más positiva por parte del usuario**.

Para ello consideramos **elementos estratégicos fundamentales o pilares del modelo de atención sociosanitaria en el sistema sanitario los dos siguientes**:

I. ORIENTACIÓN AL CIUDADANO: es necesaria una reorientación de los servicios hacia las necesidades de las personas objeto de este proyecto, y no sólo ellos, sino de todos los participantes que giran alrededor: familia, cuidadores informales, acercamiento de los profesionales de referencia a su lugar de residencia incrementando los recursos de atención domiciliaria y reforzando la Atención Primaria, así como organizarlos en colaboración de otros servicios y/o entidades de nueva creación que puedan facilitar, completar y agilizar la atención personalizada, y finalmente, a asegurar la participación de los usuarios, a través de sus asociaciones pero también de manera directa en la organización de los servicios a nivel local.

II. GESTIÓN POR PROCESOS: El enfoque de la Gestión por Procesos permitirá asegurar la continuidad de la atención en los complejos procesos o patologías que suelen acompañar a las situaciones de dependencia. De este modo, además de las actuaciones diagnósticas y terapéuticas en cada uno de los programas a desarrollar deben contemplarse intervenciones preventivas específicas, adecuada recuperación física y funcional así como las necesidades de apoyo en caso de discapacidad que generen dependencia.

CARACTERISTICAS GENERALES DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN EN NUESTRA COMUNIDAD AUTÓNOMA DESDE EL AMBITO SANITARIO. VALORES BÁSICOS DEL MODELO.

- Los servicios sanitarios descritos se encuentran sobre la base de los principios que rigen el Sistema Nacional de Salud y que son: **equidad y universalidad**.
- Las necesidades del **ciudadano** constituyen el **centro** en torno al que se articulará el sistema de prestación de servicios
- **Orientado hacia el mantenimiento del mayor nivel de autonomía personal**, y por lo tanto hacia la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la discapacidad, y la rehabilitación de las funciones perdidas.
- **Selección de casos y actuación precoz**.
- **Valoración global** multidimensional
- Intervención a través de una **amplia gama de servicios** con acceso definido a partir de las necesidades detectadas en la valoración.
- La **Atención Primaria de Salud** es el pilar fundamental sobre la que debe asentar todo el peso de la atención, organizando su cartera de servicios de modo que quede asegurada la asistencia sanitaria a aquellas personas que van a necesitar atención y cuidados de soporte durante un período más o menos prolongado en el tiempo.
- **Continuidad de la atención entre niveles**: la creación de los equipos permitirá que cada uno de los programas que después se desarrollan se consideren casi como unidades clínicas específicas, con una cartera de servicios que llegue a incluir la hospitalización de día para determinados procesos estandarizados, programas de recuperación, programas de cuidados enfermeros así como actividades de valoración, manejo de problemas concretos, seguimiento clínico de altas precoces en el grupo de usuarios definido, técnicas diagnósticas y terapéuticas, fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia y entrenamiento y formación a pacientes, familiares, cuidadores informales y profesionales.
- **Centrado en la atención comunitaria**, de forma que exista una coordinación interserctorial, entre todas las estructuras implicadas regionales, municipales, locales que faciliten la prevención y la promoción de la atención a los usuarios de este programa.
- **Importante desarrollo de la atención domiciliaria**: apoyándola con la existencia de profesionales especializados en determinadas ocasiones, de forma que siempre que se pueda el paciente tenga a su disposición toda la cartera de servicios que precise en su domicilio.
- **Impulso a la rehabilitación y fisioterapia**: el proceso de recuperación funcional debe iniciarse en el momento de la detección del problema. Las actividades rehabilitadoras en estadios precoces dan mejores resultados y a más corto plazo, por ello se plantean como posibles mejoras a introducir : disponer de un fisioterapeuta en los equipos de valoración y apoyo sociosanitario que permita asegurar la disponibilidad de fisioterapia domiciliaria o el acceso a otros centros más
- especializados. Modificar los procedimientos, estableciendo distintos niveles de complejidad con participación de diferentes profesionales sería una posibilidad optima de

- asegurar una rehabilitación precoz, continuada y cerca del usuario. Asegurarle a la población institucionalizada en centros especializados de Servicios Sociales la misma cartera completa de servicios que cualquier otro ciudadano no institucionalizado con las mismas necesidades pueda recibir en su domicilio.
- Definición de **programas específicos** que adecuen los recursos disponibles a los necesidades de los usuarios.
- **Participación** y decisión del **ciudadano** en su propio proceso de atención
- Adecuación de los sistemas de información, tanto sanitarios a las necesidades sociales como sociales a las necesidades sanitarias, que permitan valorar la adecuación de la ubicación de las personas, medir la utilización y la calidad de los servicios y obtener una óptima relación coste-beneficio en función de la complejidad real de la atención que se presta.
- Incorporar el uso de nuevas tecnologías de la comunicación como un elemento de acercamiento al usuario y herramienta para una mejor atención y seguimiento de los programas de los pacientes.
- Desarrollo **progresivo, adaptado a la realidad de cada Área** y a la disponibilidad de recursos.

VI. PROGRAMAS A DESARROLLAR

Los programas se configuran como estrategias en torno a los cuales deben de articularse los distintos niveles de atención sanitaria. La existencia de estos programas permite disponer de objetivos comunes que impliquen al conjunto de sistemas y niveles asistenciales, así como de los indicadores de evaluación precisos para conocer la efectividad en la atención de los usuarios a los que nos referimos. Como conjunto de actividades ordenadas con el fin de alcanzar objetivos, los programas pueden constituirse en instrumentos de planificación y asignación de recursos, para lo que se precisa que cada uno de ellos incorpore las fórmulas de colaboración entre cada uno de los niveles o servicios y los criterios de utilización de las distintas estructuras implicadas.

Dentro de la estructura de primaria y especializada y en función de la realidad de cada Area Sanitaria deben integrarse los siguientes programas, **entre los que se incluyen los ya existentes en la cartera de servicios de Atención Primaria**:

- Programas de atención al anciano frágil o de riesgo
- Programas de rehabilitación
- Programas de cuidados prolongados
- Programa de cuidados paliativos
- Programa de atención farmacéutica
- Programa sociosanitario de salud mental
- Programa sociosanitario para atención de personas con discapacidad

La selección de estos programas está basada en el importante impacto que tienen sobre la gran mayoría de las necesidades de atención sociosanitaria según la literatura consultada y las experiencias de otras Comunidades Autónomas. En el Anexo IV se pueden consultar las recomendaciones del Royal College of Physicians of London sobre los cuidados intermedios²⁶.

1. PROGRAMAS DE ATENCIÓN AL ANCIANO FRÁGIL O DE RIESGO

A. Programa de prevención y detección de problemas en el anciano en Atención Primaria

Este programa ya está perfectamente definidos en la cartera de servicios de Atención Primaria, lo cual, como posteriormente se refiere, no implica que se nos debamos replantear si sus criterios técnicos y de calidad son los más adecuados para cubrir las necesidades de la población diana.

B. Unidad de Geriatría de Agudos

Definición: Unidad asistencial que presta atención especializada, en régimen de hospitalización, a ancianos que requieren ingreso por enfermedades agudas o reagudizaciones de enfermedades crónicas y normalmente con riesgo de problemas sociales, cognitivos o funcionales. La justificación de este tipo de programas diferenciados para el anciano se basa en las evidencias y recomendaciones existentes (ver anexo IV y V) y la ya disposición de en nuestro sistema hospitalario de estructuras que realizan funciones similares.

Objetivos:

- Mejorar la calidad asistencial de los usuarios atendidos: reducir la incidencia de discapacidad, yatrogenia, aparición de síndromes geriátricos, reingreso hospitalario,...
- Prevenir y estabilizar los procesos médicos agudos.
- Prevenir la institucionalización al alta
- Favorecer la formación de distintos profesionales

Funciones:

- Valoración integral
- Tratamiento de los procesos agudos o crónicos reagudizados y rehabilitación precoz
- Coordinación con los diferentes niveles asistenciales

2. PROGRAMA DE REHABILITACIÓN

El proceso de recuperación funcional debe iniciarse en el momento de la detección del problema, por ello, desde el mismo momento en el que se produce una hospitalización, y por un periodo determinado para cada proceso, se debe asegurar las actividades de recuperación precisas según las necesidades y teniendo en cuenta los deseos del usuario y sus cuidadores. La elección del lugar dónde se va a llevar a cabo la rehabilitación va a estar en función del grado de incapacidad, de la intensidad de cuidados médicos y de enfermería que precise, del soporte social, así como de los recursos de que se dispongan.

Cabe diferenciar:

- Unidades de Recuperación Funcional
- Hospital de Día para personas mayores y discapacitadas
- Fisioterapia ambulatoria

A. Unidades de Recuperación Funcional

Definición: Unidades de hospitalización para la provisión de atención médica, de enfermería y rehabilitación de aquellos pacientes que tras una enfermedad aguda, han sufrido un proceso de incapacidad potencialmente reversible y que debido a la intensidad de cuidados que preci-

san, éstos no pueden ser prestados en otro nivel asistencial. Este tipo de unidades no precisa tecnología sofisticada, pero sí de instrumentos de diagnóstico básicos debido a que en general son pacientes que acaban de pasar un proceso agudo, siendo una característica fundamental el tiempo de hospitalización limitado.

Objetivos:

1. Restablecer aquellas funciones, actividades o secuelas, que han sido el resultado de diferentes patologías previas.
2. Facilitar y potenciar la reinserción familiar y social

Funciones:

1. Rehabilitación
2. Tratamiento médico y de enfermería
3. Formación de profesionales
4. Investigación sobre problemas clínicos y asistenciales

B. Hospital de Día para personas mayores y discapacitadas

Definición: Centro diurno, destinado a usuarios con enfermedades crónicas o incapacidades psíquicas o físicas que requieren medidas integrales de soporte, rehabilitación, tratamiento o diagnóstico y seguimiento especializado en régimen ambulatorio.

Objetivos:

1. Mejorar la autonomía personal.
2. Continuar el proceso terapéutico iniciado durante la hospitalización
3. Posibilitar en mantenimiento del usuario en su domicilio

Funciones:

1. Valoración integral
2. Rehabilitación
3. Fomentar actividades tendentes a la reorientación a la realidad y a la prevención de la incapacidad psíquica
4. Educación sanitaria de usuarios y cuidadores
5. Proporcionar cuidados clínicos y de enfermería que no pueden ser realizados en medio ambulatorio pero que no necesitan ingreso hospitalario.

C. Fisioterapia ambulatoria

Se justifican por la necesidad de acercar el tratamiento rehabilitador al ciudadano, siendo sus principales beneficiarios aquellas personas con dependencia leve-moderada reversible y las que presentan dependencia no reversibles pero que necesitan terapia para prevenir las complicaciones secundarias a su proceso.

Se debe garantizar un uso racional de las técnicas de terapia física disponibles en las Unidades de Fisioterapia de los Centros de Salud, reservándolas para los pacientes que más se puedan beneficiar de ellas o en los que han fracasado otras medidas de tratamiento. Se evita así el riesgo de utilizar la terapia física como técnica de complacencia minimizando al mismo tiempo los peligros secundarios del tratamiento.

Para ello se plantea:

- Completar la red de fisioterapias en Atención Primaria
- Asegurar la disponibilidad de fisioterapia domiciliaria
- Revisar los protocolos de derivación, simplificándolos, para evitar desplazamientos innecesarios

²⁶ Intermediate Care: Statement from the Royal College of Physicians of London. June 2000.

de las personas discapacitadas y demoras que puedan condicionar inmovilización iatrogénica. Esto incluye asegurar el plan de fisioterapia y rehabilitación al alta así como las ayudas técnicas necesarias.

• Modificar los procedimientos, estableciendo distintos niveles de complejidad de manera que en un protocolo básico pueda participar la familia con supervisión de enfermería en el propio domicilio, un protocolo intermedio pueda ser desarrollado por los profesionales de enfermería, con supervisión del fisioterapeuta, en el domicilio y un protocolo de alta complejidad a desarrollar por el fisioterapeuta en el domicilio o centro de salud.

3. PROGRAMAS DE CUIDADOS PROLONGADOS

A. Programa de atención domiciliaria a pacientes inmovilizados en Atención Primaria

Este programa ya está perfectamente definidos en la cartera de servicios de Atención Primaria, lo cual, como posteriormente se refiere, no implica que se nos debamos replantear si sus criterios técnicos y de calidad son los más adecuados para cubrir las necesidades de la población diana.

B. Unidad de Cuidados Prolongados

Unidades destinadas a personas con procesos crónicos, gran dependencia funcional y necesidad de cuidados sanitarios complejos y continuos, sin posibilidad de recuperación de la autonomía y que no pueden ser atendidos en su domicilio.

Estas unidades son hoy en día difíciles de definir por la asunción por parte de algunas residencias para personas mayores, tradicionalmente dedicadas a la asistencia básica de los mismos, de algunos aspectos sanitarios (bien con medios propios o a través del sistema sanitario público).

Objetivos:

1. Mejorar la calidad de vida del usuario y sus cuidadores principales

Funciones:

1. Proporcionar atención sanitaria y apoyo social a pacientes crónicamente enfermos
2. Mantener el máximo nivel de autonomía
3. Prevenir y estabilizar los procesos médicos agudos evitando en la medida de lo posible la hospitalización.

4. PROGRAMA DE CUIDADOS PALIATIVOS

La atención a enfermos en situación avanzada y terminal de su enfermedad es una necesidad asistencial no cubierta con la actual organización de los recursos disponibles, siendo necesaria la adecuación de los mismos, así como la implementación de recursos nuevos. Dadas las características de estos pacientes y la carga asistencial que generan y precisan, parece necesario disponer de un equipo que ofrezca fácil accesibilidad y disponibilidad (tanto para los pacientes y sus familias, como para los EAP y los hospitales), así como capacidad de respuesta inmediata a la demanda asistencial.

Partiendo de la realidad de que los enfermos están en todos los niveles del sistema sanitario, la atención y la adopción de medidas ha de llevarse a cabo en todos ellos.

4.1. Medidas útiles en recursos sanitarios existentes

Hay una serie de medidas a adoptar, que no requieren grandes inversiones ni son complejas. Esta recomendación puede ser útil para equipos de atención primaria, servicios oncológicos, o aquellos con una elevada prevalencia de enfermos terminales atendidos.

A) Comunes a todos los ámbitos

La mejora de las actitudes de los profesionales, la formación específica, la dedicación de tiempo y espacios más tranquilos para la atención de éstos enfermos, la priorización de su atención domiciliaria, el uso de documentación común, la elaboración de protocolos (de síntomas como el dolor y de situaciones como la agonía) y la conexión de los recursos son algunos ejemplos.

La mejora de la relación y comunicación interdisciplinar y entre los equipos (oncológicos, hospitales, atención primaria) es también una medida que mejora la atención integral de enfermos y familiares y permite el soporte de los profesionales sanitarios.

B). Atención Primaria

1. Inclusión del **programa de cuidados paliativos** en las carteras de servicios de todos los E.A.P. , y participación en el mismo del 100% de sus profesionales.
2. Identificación de un responsable del programa de cuidados paliativos en cada centro de salud

C). Atención Especializada

1. Creación de **recursos específicos en los hospitales** de referencia de las Areas.

2. **Aumento de recursos sociales** dirigidos a estos pacientes. Posibilidad de acceso a camas en residencias para pacientes con necesidad de cuidados no sanitarios, que su familia no puede asumir. Gestión rápida de recursos de ayuda a domicilio.

4.2. Programa específico de cuidados paliativos

El **objetivo** de este programa es Incrementar el grado de bienestar de los pacientes con enfermedad oncológica terminal y de sus familiares, proporcionarles la mejor calidad de vida posible atendiendo a todas sus necesidades.

Sus funciones son:

- Atención directa especializada.
- Conexión entre niveles asistenciales.
- Información y soporte a los profesionales de los recursos generales.
- Formación e investigación específica en cuidados paliativos.
- Coordinación con recursos sociales.

Los distintos modelos existentes pueden incluir:

1. Unidades de Cuidados Paliativos: Se constituyen como un Servicio independiente más dentro del hospital. Dispone de una estructura específica que incluye camas propias (el número recomendado es de 15 a 25, de las cuales al menos el 50 % deben ser individuales) y consultas externas.

2. Equipos de Soporte de Cuidados Paliativos: Dispone de consultas externas pero no de camas propias. Normalmente constituido por un médico, una o dos enfermeros y trabajador social, al menos a tiempo parcial. Actúa a demanda como equipo consultor, prestando atención a los enfermos que pertenecen a los diferentes servicios del hospital y atención primaria. Su trabajo suele basarse en la evaluación de necesidades, propuestas terapéuticas y recomendación del recurso idóneo para la atención posterior.

3. Centros de cuidados de prolongados. Dependiendo de las necesidades y de acuerdo con el modelo general sectorizado, es posible plantearse la introducción de camas de cuidados paliativos en estos centros. Las experiencias obtenidas en nuestro país hacen aconsejable que su número no sea mayor de 15 a 20, a poder ser con una ubicación diferenciada, para evitar la masificación y facilitar la labor de los cuidados. La atención vendría prestada por el personal del propio cen-

tro tras una formación específica básica y adecuada. En la gestión de las camas deberían estar implicados los Equipos de Soporte, bien hospitalario, bien de la comunidad (según el grado de desarrollo del modelo) y los pacientes más adecuados serían los que hemos considerado como enfermos paliativos “crónicos”, según la clasificación de la SECPAL.

5. PROGRAMA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA

Definición: Se podría resumir la **Atención Farmacéutica** como la **provisión responsable de la farmacoterapia con el propósito de alcanzar unos resultados concretos que mejoren la calidad de vida de cada paciente** (Hepler, 1997).

Teniendo en cuenta esta definición, **el procedimiento de prescripción- dispensación** que se está utilizando en la **asistencia geriátrica** debería sufrir algunos cambios, dentro del marco normativo en nuestra Comunidad Autónoma.

Este programa tiene como objetivo mejorar la calidad de las prescripciones farmacéuticas en las personas subsidiarias de recibir atención sociosanitaria.

Para desarrollar este objetivo sería necesario potenciar la responsabilidad y las funciones del farmacéutico de área, ya que disponemos de este recurso en todas las Areas Sanitarias.

A su vez, sería necesario implicar en el proyecto de Uso Racional del Medicamento a los profesionales de Atención Primaria y Atención Especializada, así como los Servicios de Farmacia Hospitalaria existentes en la correspondiente Area Sanitaria.

La existencia de equipos de valoración y apoyo sociosanitario permitirá optimizar todas las funciones de coordinación entre los servicios y niveles sanitarios y sociales de cada área sanitaria teniendo un papel relevante en estos equipos el Farmacéutico de Atención Primaria. Por otro lado, en los Establecimientos Residenciales de Asturias deberán establecerse los mecanismos necesarios para facilitar la distribución y preparación de los fármacos.

Con el actual marco normativo existente: Ley 25/1990 de 20 de diciembre del Medicamento, Decreto 12/2002 de 8 de febrero por el que se regula la estructura orgánica básica de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, y estando pendientes la regulación de la figura del Farmacéutico de Atención Primaria y la elaboración de una Ley de Ordenación Farmacéutica y en el marco de este Proyecto de implantación de la mejora de la atención sociosanitaria, proponemos en aquellas áreas sanitarias con residencias del ERA dentro de su cobertura, desarrollar un Programa de mejora de la prescripción.

El actual sistema que se sigue con los centros de salud que tienen dentro de su zona de cobertura establecimientos del ERA se está utilizando la cartilla de crónicos, que es un documento indicativo del número de identidad de cada paciente, en el que el médico indica los tratamientos y los cambios introducidos en los mismos cada mes.

Este sistema genera disfunciones, tanto en la actualización de los datos como en las cargas de trabajo de las propias residencias.

Por otro lado, se generan stocks de fármacos que no son debidamente utilizados, pudiendo ocurrir que estén simultáneamente tratados con la misma medicación distintos residentes.

La experiencia desarrollada en el **Área Sanitaria VIII de coordinación sociosanitaria de Atención Farmacéutica**, nos parece que podría extenderse al conjunto de las áreas en las que existieran es-

tablecimientos residenciales del ERA. Dicha experiencia consiste en el desarrollo de la siguiente metodología:

- Cambio en la organización de los medicamentos, pasando de un sistema individual por paciente, en el que cada enfermo tiene toda la medicación que precisa para un mes, a un sistema de ordenación alfabético, en el que se dispone de forma global toda la medicación que se precisa para este periodo de tiempo, para todos los residentes y para cada nombre comercial.

- Modificación del circuito de *demanda recetas-prescripción-dispensación por la oficina de farmacia*. La cartilla de crónicos debe ser sustituida por una base de datos en la que se recogen los tratamientos crónicos de los residentes que no son autónomos para administrarse la medicación y que suponen aproximadamente el 80% del total y que permite introducir de forma ágil todos los cambios en la prescripción realizados por el médico y así mismo elaborar información muy precisa para que los facultativos puedan elaborar mensualmente sus recetas.

- Los medicamentos que sobran al finalizar los tratamientos se almacenan alfabéticamente y se elaboran unas listas por grupos terapéuticos.

Toda esta metodología podría ser un elemento más de trabajo, tal y como ocurre en el Area Sanitaria VIII, del farmacéutico de área y una interesante aportación a la coordinación sociosanitaria que reforzaría al equipo de valoración y apoyo de atención sociosanitaria del área, además de un estímulo práctico para realizar prescripciones con una mejor relación calidad-precio y un instrumento de investigación y docencia.

6. PROGRAMA DE SALUD MENTAL

El análisis de los problemas relacionados con la salud mental en nuestra Comunidad, permite diferenciar dos grandes bloques de necesidades y colectivos, a los que deben responder los diferentes sistemas comunitarios implicados en el desarrollo y mejora de la atención sociosanitaria:

A. Necesidades de colectivos afectados por distintos tipos de dependencia, que sin ser específicamente ocasionada por una enfermedad mental si es un factor de riesgo en ese ámbito.

Son personas con enfermedades crónicas, con frecuencia múltiples y concurrentes, en las que la enfermedad se manifiesta por la pérdida de la función y de la autonomía, que requieren acciones encaminadas a la prevención del deterioro funcional y a su mayor recuperación, así como el mantenimiento de la calidad de vida mediante el desarrollo de acciones integrales, entre las que deben incluirse las de prevención en salud mental en sus distintos niveles, mediante intervenciones individuales y también en el entorno del sujeto.

Los programas de actuación deben incidir en la coordinación interinstitucional, desarrollando acciones bio-psico-sociales, de las que corresponden a los Servicios de Salud Mental las de enlace y orientación de los cuidadores formales e informales o institucionales en todos los aspectos de los cuidados y atención psicológica.

B. Necesidades de personas dependientes por causa de trastornos mentales graves y de larga evolución (Psicosis), con la consiguiente discapacidad moderada o severa del funcionamiento global y pérdida o deterioro de habilidades personales y sociales.

Como en el caso anterior, requieren acciones encaminadas a prevenir el deterioro funcional y social, y a potenciar sus capacidades, mejorando su calidad de vida mediante el desarrollo de programas de rehabilitación psicosocial e integración social que, de acuerdo con lo recogido en el Plan Estratégico para el Desarrollo de los Servicios de Salud Mental, requieren contar con

recursos complementarios que respondan a necesidades básicas de los sujetos: autonomía y autocuidado, relaciones afectivas y sociales; alojamiento; ocupación, formación y empleo; ocio y tiempo libre; que deben encontrar respuesta en el marco de una adecuada coordinación de los Servicios de Salud Mental con las diversas instituciones y organizaciones comunitarias de atención social.

El cumplimiento de ambas tareas requiere:

6.1. Atención a personas con enfermedades somáticas crónicas y/o discapacidad:

- Desarrollo de Programas de Psiquiatría de Enlace e intervención institucional, para mejorar la capacidad de detección y manejo de posibles trastornos mentales y dificultades psicológicas en relación con los distintos momentos evolutivos del problema.

- Priorización de la atención dirigida a los colectivos incluidos en el proyecto de mejora de la atención sociosanitaria, desarrollando procedimientos y protocolos específicos actuación.

Para ello es necesario que en el marco de los equipos específicos contemplados en el proyecto de mejora de la atención sociosanitaria, exista participación multidisciplinar de profesionales de Salud Mental (psiquiatra, psicólogo, enfermería y trabajadores sociales), en un número acorde con las cargas de actividad existentes.

6.2. Atención a personas con enfermedades mentales graves:

La atención sociosanitaria en salud mental debe orientarse por los principios de la rehabilitación psicosocial y dirigirse de forma prioritaria a aquellos colectivos que presentan situaciones de gravedad clínica, con una afectación importante de las relaciones personales, familiares y sociales, así como disminución de la autonomía. Son colectivos con una gran complejidad en el abordaje, dependencia y gran vulnerabilidad ante los procesos de exclusión social.

El abordaje de estos trastornos requiere una evaluación integral que determine todos los aspectos que se relacionan de una forma u otra con la situación del paciente, que influyen en la enfermedad o son consecuencia de ella y que contribuyen al mantenimiento o agravamiento de la misma. Junto con las acciones terapéuticas de carácter específicamente sanitario y rehabilitador es preciso arbitrar un conjunto complementario de medidas que den respuesta a un amplio abanico de necesidades, mediante la disponibilidad de recursos inespecíficos y específicos, que proporcionen la necesaria continuidad de cuidados y los apoyos para mejorar su situación en relación con las necesidades y áreas básicas de funcionamiento de los sujetos: autonomía, autocontrol, autocuidado y funcionamiento cognitivo; relaciones afectivas y sociales; alojamiento; ocupación, formación y empleo; ocio y tiempo libre, protección económica y jurídica.

Corresponde al sistema sanitario y a las distintas instituciones y organizaciones comunitarias de atención social proporcionar los cuidados y la atención propias de su esfera de competencia, requiriéndose una adecuada definición de los mecanismos de coordinación para hacerlos efectivos.

6.3. Subprogramas de alojamiento

Con carácter general, pueden definirse como la parte de los Programas de Rehabilitación Psicosocial dirigida a proporcionar tanto un alojamiento por un tiempo determinado como un conjunto de cuidados relacionados con las necesidades básicas de la vida cotidiana, incluyendo:

- Manutención.
- Cuidados básicos (aseo, autocuidados, organización cotidiana, etc.).
- Relaciones interpersonales significativas.

En función de las características de los usuarios, este conjunto de cuidados pueden requerir la intervención intensiva de personal especializado en Salud Mental (Dispositivo Sanitario) o realizarse en un ámbito social, no sanitario (Dispositivo Social) cuya actuación sería complementada en los Servicios de Salud Mental con las intervenciones especializadas requeridas por el usuario, dentro de un Plan de Atención Individualizada.

Deben ofrecer un “continuun residencial” que de respuesta a las variadas necesidades de cuidados derivadas de los distintos grados de dependencia y requerimiento de cuidados.

De acuerdo con los datos epidemiológicos y valoración de los recursos necesarios según distintas fuentes, se puede estimar que del grupo de alrededor de 700 personas anteriormente mencionado por sus mayores necesidades, en torno a un 40% precisará algún tipo de recurso de alojamiento, por lo que el cálculo de necesidades se situaría en torno a las 300 plazas.

Actualmente el número total de plazas de alojamiento en la Comunidad, en sus distintas variedades, es de 100, por lo que se requerirían alrededor de 200 nuevas plazas en distintos tipos de alojamiento comunitario (sanitario y social).

De acuerdo con otras fuentes (Grupo Consultor en Salud Mental del Plan Andaluz de Salud, sobre la base de estimaciones realizadas en distintas áreas de Salud Mental y coincidente con datos internacionales: Wing-1992-, Thornicroft-1992-, Shephard-1996-) se pueden estimar las necesidades de plazas en recursos sociales (no incluyendo los sanitarios como las Comunidades Terapéuticas y Centros de Rehabilitación) en un número de 11-15 plazas por 100.000 habitantes, lo que situaría las necesidades de plazas socio-sanitarias entre 110 y 155, cifras próximas a los anteriores valores.

Contemplada la situación y los parámetros existentes en relación con el alojamiento de personas con Trastornos Mentales Severos, podemos concluir que en las condiciones actuales de desarrollo de la Reforma Psiquiátrica en Asturias se requieren recursos diversificados que, en el marco de los Programas Integrales de Rehabilitación Psicosocial, ofrezcan alojamiento con recursos que constituyan un “continuun residencial” en cuyos dos extremos se encuentran recursos específicamente sanitarios para la atención a las personas en situación de mayor gravedad y recursos exclusivamente sociales para personas en proceso de autonomización.

6.4. Subprogramas ocupacionales y prelaborales

Este tipo de Programas define un tipo de actividades y recursos de la Rehabilitación Psicosocial orientados a favorecer la adquisición de un conjunto básico de hábitos y habilidades necesarios para la posterior orientación e inclusión de los usuarios de los Servicios de Salud Mental en actividades laborales y en programas de formación para el empleo.

Una adecuada atención, supone que, además de los recursos de alojamiento, este grupo de personas requiere la activación de programas ocupacionales, así como prelaborales y laborales. Debe tenerse en cuenta que cuanto mayor es la severidad del trastorno y sus repercusiones sobre el funcionamiento psicosocial del sujeto, más necesario se hace contar con un nivel ocupacional que favorezca la adquisición de esos hábitos y habilidades básicas para iniciar un recorrido formativo orientado al empleo.

Los datos disponibles sobre el empleo de las personas en tratamiento por un TMS en los Servicios de Salud Mental de Asturias nos permiten señalar que:

- Aproximadamente el 95% de los usuarios con TMS están en situación de desempleo.
- Entre el 25 % y 30 % de todos ellos no han trabajado nunca.

A partir de estas cifras cabe establecer algunos grupos, con distintas necesidades y por tanto con diferentes estrategias de abordaje:

- Un grupo de personas que mantienen su trabajo, a pesar de su enfermedad (375).
- Un grupo de personas que consiguieron empleo pero han terminado perdiéndolo, como consecuencia de la evolución de su enfermedad y de la carencia de apoyos necesarios (5.000).
- Un grupo de personas que no consiguieron nunca trabajo (2.000).

Si estos datos los cruzamos con los referidos al principio del apartado de alojamiento en el que señalábamos que se estima la existencia de un grupo de 764 personas con elevadas necesidades de apoyo y requerimientos de una atención intensiva con medidas de carácter integral para su integración social, podemos estimar la importancia de promover actividades en este ámbito. La mejora de la situación social de estas personas requiere múltiples acciones que proporcionen alternativas ocupacionales y formativas, tanto generales, favoreciendo el acceso a los recursos existentes, como específicas, adaptadas a las necesidades del colectivo.

El desarrollo de Programas de Formación para el Empleo e Inserción Laboral se realiza fundamentalmente mediante recursos normalizados (p.ej. en el marco del Pacto Institucional por el Empleo y sus programas), así como mediante acuerdos de cooperación con distintas instituciones, entre las que deben destacarse algunas Corporaciones Locales, por lo que no se incluye en este apartado.

Las alternativas ocupacionales más estables, que se desarrollan en distintos espacios de la Comunidad o en el marco de dispositivos de los propios Servicios de Salud Mental sin que se requieran nuevos dispositivos específicos, son actualmente las financiadas con cargo a Programas del F.S.E. que no cubren las necesidades existentes y deberían incrementarse.

Como objetivo, ya planteado en el Plan Estratégico de los Servicios de Salud Mental, se puede señalar la necesidad de disponer de 100 plazas de formación ocupacional y prelaboral, con un número de 440 horas/año por plaza (4 horas/día/persona).

7. PROGRAMA SOCIOSANITARIO PARA ATENCIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Este programa se solapa con programas anteriores, preferentemente con los programas de rehabilitación y cuidados prolongados, por lo que las acciones a desarrollar son las mismas.

No obstante se deberían de concretar lss actividades de rehabilitación y fisioterapia , así como actualizar los convenios con asociaciones.

VII. SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y EVALUACIÓN

Para una correcta planificación sociosanitaria es necesario tener información y está información debe de permitir conocer la realidad y el perfil de los usuarios sociosanitarios a la vez que debe de proceder de todos los niveles donde se realizan o se necesitan cuidados de este tipo.

Los datos para la elaboración de un sistema de información sociosanitario, no deben de limitarse a la edad, sexo, proceso asistencial o diagnóstico. La característica fundamental es el nivel de cuidados que necesita, por lo tanto los datos de provenir de una valoración integral en donde se determine, entre otros: grado de autonomía, estado de salud, la necesidad de cuidado, su potencial rehabilitador, situación sociofamiliar y del entorno. Por lo tanto el sistema ha de tener un instrumento de valoración multidimensional, que permita hacer un seguimiento entre los diferentes niveles de atención y ayude a la planificación y la gestión

de los recursos. En este sentido se recomienda la implantación del Resident Assessment Instruments (RAI).

Además este sistema de información debería de incorporar una agrupación de los usuarios en función del consumo de recursos. El sistema RUG cumpliría esta función, al servir para valorar carga de cuidados, asignar recursos humanos, definir grupos de usuarios, definir centros y financiar prestaciones.

Se creará un grupo de trabajo con representantes de los sistema sanitario y social para definir el contenido del sistema de información sociosanitario e identificar las fuentes de información actuales y potenciales que se deberían de utilizar como base para el sistema.

VIII. ESTRUCTURAS NECESARIAS PARA DESARROLLAR EL PROYECTO

Congruentemente con los principios rectores descritos, se desarrollarán los programas previamente señalados en los niveles de Atención Primaria y Especializada, lo que supondrá para el usuario una mayor continuidad en la atención, y para los servicios sanitarios y sociales una mejora de su eficiencia y calidad. No obstante, y con el fin de hacer operativos todos los programas descritos es necesario realizar una serie de adaptaciones en la actual estructura del Sistema Sanitario, que faciliten el desarrollo de estructuras intermedias.

Con el objetivo de supervisar y evaluar el proyecto, se constituirá una **Comisión Regional de Seguimiento y Evaluación del Programa** con el fin de:

- Elaborar, utilizando los sistemas de información disponibles en la actualidad tanto en la red sanitaria como social de unos criterios objetivos de evaluación del programa, así como de un sistema de información propio si así se considerase necesario.
- Procederá al seguimiento del Programa ya las modificaciones que en cada momento pudieran surgir con motivo del desarrollo del mismo.
- Evaluará finalmente, el proyecto implantado, con la finalidad de unificar todas las estructuras en las áreas o valorar otras alternativas al problema.

En la Comisión deberán participar:

- Representantes de los Servicios Centrales del SESPA. Consejería de Asuntos Sociales y Consejería de Salud y Servicios Sanitarios
- Los responsables de los Equipos de Atención sociosanitaria de las áreas
- Representación del Consejo de Mayores y de las Asociaciones de Enfermos directamente relacionadas con el proyecto a llevar a cabo, de forma que participen en la supervisión del proyecto y sirva de feed-back de los resultados del mismo. Así mismo parece oportuno la representación de las Sociedades Científicas implicadas.

8.1. Atención Primaria

Las actividades de atención a los usuarios sociosanitarios han de priorizarse desde la red de Atención Primaria de Salud, a la que ha de dotarse de la capacidad y recursos para abordar los problemas planteados. En este nivel de atención se debe de producir la valoración de la mayor parte de los usuarios, así como la realización y puesta en práctica del plan de cuidados, lo que no excluye su ascensión por atención especializada cuando la situación del usuario lo precise. Es por tanto en la comunidad donde se encuentra el lugar deseable para la coordinación del apoyo informal con el formal y de la atención sanitaria con la social.

Por lo tanto el **modelo de Atención Primaria, sin ser perfecto ni el único posible, es hoy por hoy el que mejor da respuesta a los problemas planteados.**

En cualquier caso, dadas las limitaciones de la actual red, **la necesidad de desarrollarla ampliando la cobertura y reforzándola con medidas como el despliegue de dispositivos de apoyo, se plantea como ineludible si se desea avanzar en la línea propuesta.**

La Atención Primaria, debe de generalizar los siguientes **objetivos**:

- Mantener o mejorar la capacidad física y mental y retrasar la dependencia
- Aumentar la calidad de vida
- Ofrecer un apropiado despistaje de la población de riesgo
- Coordinación con los servicios sociales de base o comunitarios

Para ello es fundamental que el EAP se encargue de los aspectos preventivos en forma de:

- **Conocer y detectar la población de riesgo** siguiendo los criterios que se indiquen
- **Seguimiento** programado de la población de riesgo
- **Educación** para la salud de la población de riesgo
- Organización y desarrollo de la **atención domiciliaria programada**, debido a que el modelo “a demanda” no es el más adecuado para este colectivo
- **Conocimiento de las condiciones de hábitat y red de soporte social** de la población de riesgo que debe recogerse en la historia clínica como un aspecto más de la misma, estableciendo un plan de cuidados que incorpore medidas sanitarias y sociales.

Si se quieren desarrollar y generalizar actividades del tipo de promoción de la salud, atención a domicilio o las previamente descritas, es clave **la ponderación de los TIS de cada EAP según la población de riesgo e incrementar el papel de la enfermería en la atención domiciliaria.**

A medio plazo **debe de reconsiderarse si los actuales servicios de Atención Primaria y sus normas técnicas son los más adecuados para este tipo de población.** Así en el caso por ejemplo del anciano se ha mostrado más eficiente la implantación de programas integrales de atención al anciano que tengan en cuenta no solamente la coordinación de recursos sanitarios y sociales enfocados a la atención de ancianos ya dependientes en actividades básicas de la vida diaria, sino también en la detección y evaluación tempranas de ancianos frágiles²⁷. Sería necesario **revisar el Contrato Programa de Atención Primaria y su cartera de servicios en lo referente al ámbito sociosanitario**, es decir en los actuales servicios “Atención Domiciliaria a Inmovilizados”, “Atención a Pacientes Terminales” y “Prevención y Detección de Problemas en el anciano” para evaluar la conveniencia de modificar los servicios, sus normas técnicas o la introducción de otros nuevos como los del Servicio Andaluz de Salud (**Atención del alta hospitalaria, atención a ancianos en riesgo, atención a residentes en instituciones**).

Una propuesta de revisión para su estudio y posible modificación de la actual cartera de servicios de Atención Primaria incluiría:

- **SERVICIO 313: ATENCIÓN DOMICILIARIA A PACIENTES INMOVILIZADOS:**
 - Valorar en el Indicador de Cobertura, la definición de Paciente Inmovilizado, sobre todo en lo que respecta a la duración de la dificultad del desplazamiento
 - Incluir en las Normas Técnicas , no sólo el motivo de inclusión sino la fecha de inclusión en el servicio a través de la visita inicial y las visitas realizadas en los 30 días siguientes.
- **SERVICIO 314: ATENCION A PACIENTES TERMINALES:**
 - Incluir normas técnicas que den más valor a la visita domiciliaria ya la elaboración de un Plan de Cuidados individualizado.
 - No contar las excepciones a las visitas de seguimiento que no se han podido realizar

y que actualmente figuran en las normas técnicas porque, realmente, esos pacientes no deberían incluirse en la cartera de servicios.

- **SERVICIO 316: PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DE PROBLEMAS EN EL ANCIANO.**
 - Incluir dentro de las normas técnicas un mayor peso de la valoración tanto sanitaria como social en el propio domicilio del paciente siempre que sea necesario.

Otro capítulo indispensable es el referente a la **formación de los profesionales de atención primaria en este ámbito** (geriátría, cuidados paliativos, psiquiatría, rehabilitación), así como **el conocimiento de los recursos sociales y sanitarios que están a su alcance.**

En conjunto, es preciso cambiar la orientación de la actual actividad de la Atención Primaria desde la valoración sólo de síntomas y signos hacia un mayor énfasis en la función y la calidad de vida, desde la prescripción de fármacos hacia una promoción de hábitos saludables. Por lo tanto, el manejo de las enfermedades crónicas en la comunidad debe de ir encaminado a prevenir las exacerbaciones y complicaciones y a prevenir la pérdida funcional que se produce durante la agudización.

También es indispensable que desde Atención Primaria se desarrollen acciones rehabilitadoras concretas que, en última instancia, pueden determinar el grado de incorporación o reincorporación del individuo a la vida social.

8.2. Atención especializada. El equipo de valoración y apoyo sociosanitario
La experiencia y la literatura demuestran **que una alta proporción de los usuarios sociosanitarios proceden de un hospital de agudos.** De esta forma el hospital lo podemos considerar como una importante fuente de identificación de usuarios potencialmente tributarios de programas de atención sociosanitaria.

La pérdida de autonomía que genera la evolución de sus procesos hace que determinados usuarios del hospital de agudos requieran una atención más específica que la que pueda facilitarles su familia o la misma Atención Primaria. Pero a la vez el hospital de agudos está evolucionado hacia la alta tecnología, lo que **supone la necesidad de nuevas estructuras intermedias, integradas en atención especializada y que den respuesta a la creciente demanda de atención sanitaria de baja complejidad diagnóstico-terapéutica.** Entre estas estructuras intermedias se encuentran algunas las unidades descritas anteriormente (geriátría agudos, recuperación funcional y hospital de día), las cuales, dependiendo del Area Sanitaria tendrán un carácter más funcional o estructural.

De la misma forma existe la necesidad de estructuras que tengan como actividad principal la provisión de cuidados sanitarios de forma prolongada, pero dirigidos a aquellos ciudadanos con necesidad de institucionalización y cuidados complejos, y que en este proyecto denominamos **unidades de cuidados prolongados.**

Si bien actualmente existen criterios tanto formales y regulados como informales para la circulación y derivación entre los diferentes recursos anteriormente mencionados, parecería recomendable que a la luz de este Proyecto de implantación Sociosanitaria, se realizase una revisión profunda de todos ellos que permitan racionalizar el uso del recurso a la vez que nos ajustemos a las necesidades de los usuarios.

Por su parte, **los distintos Hospitales de Area promoverán políticas de planificación de altas hospitalarias**, que garanticen la continuidad de cuidados. Para ello se necesita la detección precoz

²⁷ Stuck AE, Egger M, Hammer A, Minder C, Beck JC. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people. Systematic review and meta-regression analysis. JAMA 2002; vol 287:1022-28

del usuario, la protocolización de su atención, el diseño de canales de derivación y la designación de personal responsable.

Partiendo del concepto de que la **atención especializada ha de servir de apoyo a la Atención Primaria no sólo en el ámbito hospitalario o mediante el recurso cama, sino como asesor y colaborador para la resolución de las necesidades de los ciudadanos de su Area Sanitaria, se crearán en cada Area Sanitaria** una estructura que articulará la Atención Primaria, la Atención Especializada y los servicios Sociales: **el Equipo de Valoración y Atención Sociosanitaria**.

IX. EL PROYECTO EN LAS AREAS SANITARIAS

9.1. Criterios de planificación para desarrollar la estructura del proyecto de implantación en las áreas sanitarias

Criterios o ratios que nos servirán de referencia para establecer las necesidades de recursos humanos y materiales de las diferentes Areas Sanitarias, los cuales se basan en recomendaciones de distintas Sociedades Científicas o en las cifras que actualmente se manejan en otras Comunidades Autónomas con programas de este tipo.

Los criterios siguientes son orientativos, debiéndose tener en cuenta que como primera opción se buscará rentabilizar los recursos ya existentes, y solo en el caso de que éstos sean deficitarios se crearán otros nuevos.

• Unidades de Geriatría de Agudos

- El documento elaborado por el INSALUD en 1996, *“Criterios de Ordenación de servicios para la atención sanitaria a las personas mayores”* recomienda 10-15 camas por cada Area de Salud o por cada 250.000 habitantes, que tuviesen un 13% aproximado de población mayor de 65 años. No creemos que sea un buen instrumento para su uso en el Principado de Asturias por ser nuestras Areas Sanitarias, en general, más pequeñas que la citada y por tener un envejecimiento del 21%.

- La Sociedad Española Geriatría y Gerontología y la British Geriatrics Society recomiendan 1,2 camas por 1.000 mayores de 64 años y 2,5 camas por 1.000 mayores de 64 años, lo que nos situaría en la necesidad de 276 y 576 camas respectivamente de este tipo en todo el Principado.

- Durante el año 1999 se elaboró por la entonces Consejería de Asuntos Sociales del Principado de Asturias el documento *“Propuesta organizativa para la atención sociosanitaria en el Principado de Asturias”* que cifraba este recurso en 172 camas, lo representa 0,74 camas por 1.000 mayores de 64.

Criterios recomendados: 1 cama por 1.000 mayores de 64 años en aquellas Areas Sanitarias con más de 100.000 habitantes o 25.000 mayores de 64 años

• Unidad de Recuperación Funcional

- El documento elaborado por el INSALUD en 1996, *“Criterios de Ordenación de servicios para la atención sanitaria a las personas mayores”* recomienda 5 camas destinadas a este fin por 100 de camas agudas

- La Sociedad Española Geriatría y Gerontología y la British Geriatrics Society recomiendan 1,5 camas por 1.000 mayores de 65 años y 2,5 camas por 1.000 mayores de 65 años, lo que nos sitúa en 346 y 576 respectivamente, en todo el Principado

- En Cataluña desde hace más de 15 años existe el Programa Vida als Anys donde se contemplan unidades de este tipo. En el documento del Servei Català de la Salut *“L’atenció sociosanitària a Catalunya. Escenari Evolutiu 2000-2005”*. Recomiendan 1,8 camas por 1.000 mayores de 64 años, siendo el ratio actual de dicho programa de 1,19 camas por 1.000 mayores de 64 años.

- El documento *“Propuesta organizativa para la atención sociosanitaria en el Principado de Asturias”* que cifraba este recurso en 144 camas, lo representa 0,62 camas por 1.000 mayores de 64. No obstante, si se actualiza dicho trabajo con el CMBD correspondiente al año 2001 y con el Padrón del 2.000 obtendríamos 161 camas (0,7 camas por 1.000 mayores de 64 años)

Criterios recomendados: En una primera fase utilizar la metodología del documento *“Propuesta organizativa para la atención sociosanitaria en el Principado de Asturias”*, para a medio plazo tener como meta 1 plaza por 1.000 mayores de 64 años. En Areas sanitarias de menos de 100.000 habitantes o menos de 25.000 mayores de 64 años serán Unidades Polivalentes.

• Hospital de Día

- El documento elaborado por el INSALUD en 1996, *“Criterios de Ordenación de servicios para la atención sanitaria a las personas mayores”* recomienda 1 plaza por 1.000 mayores de 65 años

- El Programa Vida als Anys en *“L’atenció sociosanitària a Catalunya. Escenari Evolutiu 2000-2005”*: 1,5 plazas por 1.000 mayores de 64 años, disponiendo en el año 2000 de 0,95 plazas por 1.000 mayores de 64.

- La British Geriatric Society hace una recomendación de 2 plazas por 1.000 mayores de 65 años

Criterios recomendados: En una primera fase 0,8 plazas por 1.000 mayores de 64 años lo que supone 184 plazas (unidad funcional mínima 20 plazas)

• Unidades de Cuidados Prolongados

- El Programa Vida als Anys en *“L’atenció sociosanitària a Catalunya. Escenari Evolutiu 2000-2005”* recomienda 5 plazas por 1000 mayores de 64 años, siendo el ratio en el año 2000 de 4,6 por 1.000 mayores de 64 años.

- La British Geriatric Society recomienda 5 plazas por 1.000 habitantes

- El documento *“Propuesta Organizativa para la atención sociosanitaria en el Principado de Asturias”* recomienda : 371/444 camas (1,59 / 1,90 camas por 1.000 mayores 65 años)

Criterios recomendados: En una primera fase utilizar la metodología del documento *“Propuesta organizativa para la atención sociosanitaria en el Principado de Asturias”*, para a medio plazo tener como meta 2 plazas por 1.000 mayores de 64 años.

• Camas de cuidados paliativos

- El Programa Vida als Anys en *“L’atenció sociosanitària a Catalunya. Escenari Evolutiu*

2000-2005” recomienda 0,06 camas por 1.000 habitantes, teniendo actualmente un ratio de 0,05 camas por 1.000 habitantes.

- El documento “*Propuesta Organizativa para la atención sociosanitaria en el Principado de Asturias*” recomienda: 62 camas (0,05 camas por 1.000 habitantes)

Criterios recomendados: 0,05 camas por habitante. Creación de unidades de cuidados paliativos en Areas con más de 100.000 habitantes.

• Equipo de Valoración Sociosanitario

- El Programa Vida als Anys en “*L`atenció sociosanitària a Catalunya. Escenari Evolutiu 2000-2005*” recomienda 1 PADE por cada area de influencia de 50.000 habitantes y en las inferiores a esta cifra este equipo actuará conjuntamente en la comunidad y el hospital de agudos.

Criterios recomendados: Un Equipo en cada Area Sanitaria dependiendo su dimensionamiento del tamaño de Area. Se consideran **potenciales usuario de estos equipos:**

Personas mayores. Como metodología para evaluar las necesidades de este equipo, hemos considerado que son potenciales beneficiarios de este equipo el 15% de los mayores de 64 años (34.600 usuarios), aunque la mayor demanda vendrá derivada de los mayores dependientes, 3% de los mayores de 65 años²⁸ (6.900 usuarios)

Enfermos terminales.

Usuarios: 50% de los exitus neoplasia maligna en el año 2001

Camas: se utilizará “*Propuesta Organizativa para la atención sociosanitaria en el Principado de Asturias*”

• Otras recomendaciones

- El prestigioso Royal College of Physicians en el documento “*Management of the older medical patient*” de Junio de 2001 recomienda un médico especialista en geriatría por cada 4.000 mayores de 75 años, por lo que el principado de Asturias precisaría de unos 22 facultativos especialista en esta materia.

- Por otra parte Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física recomienda un Equipo de Fisioterapia por cada 10.000 habitantes, por lo que precisaríamos de 100 equipos.

En el **ANEXO II (CRITERIOS DE AUTORIZACIÓN DE CENTROS, ESTABLECIMIENTOS Y SERVICIOS SANITARIOS-2002)** aparecen reflejados los criterios mínimos de autorización que serían necesarios de cara a la clasificación de las diferentes estructuras según el nuevo Decreto 71/2002, de 30 de mayo, para su consideración, aportaciones y consenso.

9.2. Evaluación de necesidades de estructuras por areas

En este apartado realizaremos una aproximación concreta a las necesidades de recursos humanos y materiales necesarios en cada una de las Areas para el desarrollo del Proyecto de Implantación Sociosanitario.

No obstante, en Atención Primaria sería necesario aplicar la correspondiente revisión del Contrato Programa en cada uno de los centros de salud que se incorporen al proyecto, mientras que en Atención Especializada las nuevas prestaciones que se oferten tendrán su concreción

en el correspondiente Contrato Programa en el caso de los Hospitales de Area y el Hospital Monte Naranco o en los conciertos/convenios establecidos con el Hospital Avilés, Cruz Roja de Gijón y Adaro.

Como líneas específicas a desarrollar en los dos niveles asistenciales estarán la formación y la investigación, los cuales deben de ser pilares fundamentales para la consolidación del proyecto.

AREA I, II y VI

• En cada una de las Areas existirá un **Equipo de Atención y Valoración Sociosanitario** cuya dimensión y configuración dependerá de los criterios previamente citados.

• Los enfermos agudos geriátricos y terminales ya se encuentran funcionalmente en los distintos servicios de medicina de los Hospitales de Jarrio, Severo Ochoa y Oriente, los cuales tendrán la posibilidad de formarse en este ámbito e interconsultar al Equipo de Valoración Sociosanitaria o de que sea este el que realice el plan de cuidados si se precisase.

• En el **Hospital Severo Ochoa** y dada su baja ocupación (en torno al 65%) se podría crear **una unidad polivalente de 10-15 camas** que ofertaría servicios de geriatría, rehabilitación y y paliativos, y la cual sería responsabilidad del propio de **Equipo de Atención y Valoración Sociosanitario**. En las otras dos Areas sería complejo la creación de esta estructura en los Hospitales de Area, salvo que las Gerencias implicadas lo considerasen factible, por lo que se optaría, si no se llegase a un acuerdo, a la creación de un **Hospital de Día con 20 plazas**.

• En cuanto a la necesidad de **plazas de cuidados prolongados se necesitaría 25 en el Area I, 15 en el Area II y 25 en el Area VI**, para lo que se podrían reconvertir actuales plazas de las residencias del ERA en cada Area Sanitaria.

AREA III

• **Creación de un Equipo de Valoración Sociosanitaria.** En este aspecto se debe de tener en cuenta la existencia de un equipo orientado hacia la hospitalización a domicilio en el Hospital San Agustín. Existiría la posibilidad de reconvertir y adaptar este equipo hacia la atención sociosanitaria o crear uno nuevo con todas las características del Equipo de Valoración Sociosanitaria, el cual dependería del hospital de Avilés. Creación de una **unidad de Geriatría de agudos** de 30 plazas en el Hospital de Avilés, el cual tendría que reconvertir plazas de recuperación funcional en agudos y acreditarse para esta función.

• La **Unidad de Cuidados Paliativos** podría configurarse en el Hospital de Avilés dada Su experiencia en atención a enfermos con atención terminal.

• Las plazas de recuperación funcional (necesidad de 30 camas) ya están cubiertas por este centro.

• **Se creará Hospital de Día** de 20 plazas

• **Necesidad de 50 plazas de cuidados prolongados** para lo que se podrían reconvertir actuales plazas de las residencias del ERA en el Area Sanitaria.

AREA IV

• **Creación de un Equipo de Atención y Valoración Sociosanitaria** dependiente del Hospital Monte Naranco, el cual es el único hospital con docencia MIR en Geriatría del Principado de Asturias. Este equipo debería tener una perfecta coordinación con el actual programa de cuidados

²⁸ Rodríguez Cabrero G. La protección social de la dependencia. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales 1999.

paliativos de la asociación contra el cáncer, sobre todo si tenemos en cuenta la existencia de una Unidad de hospitalización de Cuidados Paliativos en el Hospital Monte Naranco, la cual podría incrementar su cartera de servicios mediante el desarrollo de la atención comunitaria por medio del Equipo de Atención y Valoración Sociosanitaria.

- Las 64 camas de la unidad de geriatría de agudos, las 41 de recuperación funcional , las 15 de paliativos y 20 plazas de Hospital de Día estarían cubiertas por el Hospital Monte Naranco.

- Se precisarían **110 plazas de cuidados prolongados** para lo que se podrían reconvertir actuales plazas de las residencias del ERA en el Area Sanitaria.

AREA V

- **Creación de un Equipo de Atención y Valoración Sociosanitaria.** En este punto se deberían de aprovechar la amplia experiencia y prestigio en cuidados paliativos de los profesionales de la Unidad de Hospitalización a Domicilio de Cabueñes, la cual ya tiene un cobertura desde las 8 horas a las 21. No obstante, la disposición de 16 camas de cuidados paliativos en el Hospital Cruz Roja hace fundamental la coordinación entre las dos estructuras.

El programa de atención geriátrica debería ser cubierto por un nuevo Equipo destinado unicamente a este fin y dependiente del Hospital Cruz Roja de Gijón.

- **Necesidad de una unidad de Geriatría de agudos con 40 camas** en el Hospital de Cruz Roja (actualmente 32 destinadas a este fin), el cual podría reconvertir 16 plazas actualmente dedicadas a enfermos con necesidad de cuidados prolongados, y acreditarse para esta función.

- **Aumento de las camas de Recuperación Funcional desde las 32 actuales hasta las 40 plazas** en el Hospital de Cruz Roja, el cual podría reconvertir 16 plazas actualmente dedicadas a enfermos con necesidad de cuidados prolongados

- **Creación de un Hospital de Día de 20 plazas**

- Se precisarían **105 plazas de cuidados prolongados** para lo que se podrían reconvertir actuales plazas de la residencia de Pumarín, la cual ya está dotada sanitariamente.

AREA VII

- **Creación de un Equipo de Valoración y Atención Sociosanitaria** dependiente del Hospital Alvarez Buylla cuya dimensión y configuración dependerá de los criterios previamente citados.

- Los enfermos agudos geriátricos y terminales ya se encuentran funcionalmente en los servicios de medicina del Hospital Alvarez Buylla los cuales tendrán la posibilidad de interconsultar al Equipo de Valoración Sociosanitaria o que sea este el que realice el plan de cuidados si se precisase.

- **Se precisarían 14 camas de recuperación funcional**

- **Creación de un Hospital de Día con 20 plazas**

- Se precisarían **30 plazas de cuidados prolongados** para lo que se podrían reconvertir actuales plazas de las residencias del ERA en el Area Sanitaria, utilizar las plazas del Sanatorio Adaro como referencia o concertar con algún centro específico que cumpla los requisitos necesarios.

AREA VIII

- **Creación de un Equipo de Valoración y Atención Sociosanitaria** dependiente del Hospital Adaro cuya dimensión y configuración dependerá de los criterios previamente citados.

- Si bien los enfermos agudos geriátricos y terminales ya se encuentran funcionalmente en los servicios de medicina del Hospital Valle del Nalón, se les ofertará formación en este ámbito y la posibilidad de interconsultar al Equipo de Valoración y Atención Sociosanitaria, así como trabajar con el Equipo conjuntamente para todos los temas relacionados paliativos y geriatría.

- Se precisan **12 camas de recuperación funcional** que pueden tener cabida en el Hospital Adaro.

- **Creación de un Hospital de Día**

- Las plazas de cuidados prolongados del Area Sanitaria están cubiertas por el Hospital Adaro.

X. RECURSOS FINANCIEROS

10.1. Introducción. Bases generales del cálculo de costes

Nuestro **Sistema Sanitario Público** se ha consolidado atendiendo a los principios básicos de Universalidad, Equidad y Excelencia, los cuales están perfectamente enmarcados en la Ley General de Sanidad:

- Derecho a la **protección general de la salud**
- Derecho a la **igualdad en el acceso a la prestación** de los servicios sanitarios.

Entre las prestaciones de nuestro Sistema Nacional de Salud se encuentran aquellas orientadas a la **rehabilitación (Real Decreto 63/95 de 20 de enero, sobre Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud)**, por tanto todos aquellos programas y unidades funcionales destinados a este fin (**unidad de recuperación funcional y hospital de día**) y que y que desde hace años vienen prestando distintos centros de nuestra red sanitaria tendrán las características universalidad y gratuidad en el acceso.

Un lugar dónde convergen ambos sistemas son **las unidades o centros de cuidados prolongados**, dónde la atención sanitaria debe ser y así ha de considerarse en este documento, como una prestación sanitaria más con el carácter que la Ley General de Sanidad confirió a la misma, mientras que los componentes hosteleros, de alimentación, alojamiento, seguridad y cuidados personales, deben ser corresponsabilidad del usuario y en el caso de precariedad social, de las Administraciones Públicas.

Las dificultades que plantea esta financiación compartida entre el ciudadano y la administración estriban en la dificultad para distribuir las cargas de los cuidados y la responsabilidad financiera de cada una de estas cargas, quedando claro que con la actual legislación sanitaria los cuidados sanitarios no pueden, o no deben suponer un coste adicional para el ciudadano asturiano.

Se propone que la **financiación de las plazas de cuidados prolongados sigan el modelo que se viene aplicando desde hace varios años en el Sanatorio Adaro**, y que consta de dos módulos de financiación:

- **Módulo sanitario.** Financiado por el presupuesto sanitario y ajustado por las necesidades de atención del usuario para lo que se emplea es Sistema RUG

- **Módulo social.** Financiado a través de los servicios sociales con aportación del usuario según las condiciones sociales y económicas de éste.

Una vez hecho este planteamiento de forma global pasa en los siguientes apartados a cuantificar los costes que la implantación del proyecto sociosanitario podría precisar.

10.2. Costes en función del equipo de valoración y apoyo sociosanitario

Para la cuantificación de los costes del Equipo de Valoración y Apoyo Sociosanitario se han incluido dos tipos de recursos necesarios:

(a) Recursos personales: donde se integran los salarios, las cuotas a la seguridad social de cada uno de los participantes en el Equipo.

(b) Recursos materiales: necesarios para su implantación, tales como ubicación, telefonía, gastos diversos y mención especial merece el capítulo dedicado a los desplazamientos del equipo. En este supuesto hemos considerado la adquisición de un vehículo y el combustible medio del área IV en función de la demanda que se podría presentar. Este tipo de costes es muy variable en función de cada una de las áreas, al poder disponer de espacio físico en algunas de ellas o al buscar otros planteamientos en la locomoción como pagar dietas, taxis, vehículos en renting.

Los costes vienen reflejados en el **ANEXO III (PRESUPUESTO DOTACIÓN EQUIPOS DE VALORACIÓN Y APOYO SOCIO SANITARIOS EN LAS ÁREAS SANITARIAS DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS - JUNIO, 2002).**

10.3. Estudio de costes en cada una de las areas sanitarias del Principado de Asturias

En el **ANEXO IV (PRESUPUESTO DE IMPLANTACIÓN INICIAL DEL PROYECTO DE ATENCIÓN SOCIO SANITARIA EN CADA ÁREA SANITARIA DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS)** aparecen dimensionados los costes aproximados de cada una de las áreas sanitarias en función de los recursos existentes y su posibilidad de reconversión y la creación de recursos nuevos, apareciendo en las tablas la cualificación de la diferencia que se necesitaría realmente para llevar a cabo el Proyecto de Implantación de la Atención Sociosanitaria en el Principado de Asturias.

Para el cálculo de los costes se ha tenido como referencia los datos de los actuales conciertos de los diferentes centros de la Comunidad Autónoma, el modelo INSALUD, y la propuesta de Atención y Coordinación Sociosanitaria que la Fundación Sanatorio Adaro realizó en agosto del año pasado. Se homogeneizaron al coste más alto con el fin de prever la posible integración en la red de utilización pública y el mismo pago para el mismo tipo de recursos una vez clasificados y concertados todos los centros.

La fórmula utilizada es el cálculo de las estancias necesarias en cada una de las unidades, bien a través de datos reales si obraban en nuestro poder por tratarse de centros con unidades funcionantes en la actualidad (Sanatorio Adaro, Cruz Roja, Hospital de Avilés, Hospital Monte Naranco), bien con la misma frecuentación y ocupación que están presentando en la actualidad estos centros y que se pueden extrapolar.

El coste de estancia día depende del tipo de unidad a cuantificar, valorándose como modelo de unidad de cuidados prolongados el propuesto por la Fundación Sanatorio Adaro.

Al final, aparece un resumen de las necesidades totales de la Comunidad Autónoma en la fase de implantación inicial.

XI. CRONOGRAMA

Una vez evaluado el presente documento por todos los agentes implicados en especial, la Con-

sejería de Asuntos Sociales, las Direcciones de Calidad y Económico-Financieras de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios y todos los expertos y agentes implicados en el Proyecto, se desarrollará el oportuno programa en fases de implantación de acuerdo con la factibilidad consensuada.

Para ello debemos de tener en cuenta las diferentes realidades de las ocho Areas Sanitarias: las de Jarrio, Cangas del Narcea y Arriendas más rurales, con una población más dispersa y mayores necesidades de facilitar la accesibilidad a los servicios sanitarios; y las Areas centrales, dónde reside el 80% de la población y en las que se podría diferenciar las Areas Sanitarias de Mieres y Langreo por sus especiales características socio-económicas.

Como una primera etapa previa al desarrollo de un Plan de Atención Sociosanitaria parece oportuno pilotar una primera fase donde se pudiera validar este modelo, basándose fundamentalmente en:

- Reforzar la **atención a cuidados paliativos en todas las Areas Sanitarias** mediante la creación de guías de práctica clínica, implementación de protocolos para actuaciones compartidas, el reconocimiento de las estructuras que actualmente están actuando en este campo y creación de las que se consideren necesarias.

- Creación de **Equipos de Valoración y Apoyo Sociosanitario en las Areas Sanitarias IV y VIII.**

- **Coordinación con la Consejería de Asuntos Sociales de atención domiciliaria en las Zonas Especiales de Salud 1.1. (Taramundi) y 1.2. (Oscos) y la Zona Básica de Salud correspondiente a la Comarca de la Sidra** a través de una metodología sencilla de puesta en común de ambas administraciones, reforzando la cartera de servicios de atención primaria.

- **Desarrollo de un programa de la accesibilidad a la rehabilitación de los discapacitados con el fin de adaptar y acercar los servicios de fisioterapia a las necesidades de los usuarios.**

La elección de las Areas Sanitarias IV y VIII como prioritarias obedece la necesidad de pilotar la experiencia en Areas Sanitaria con distintas características y a la existencia de hospitales con amplia tradición en la atención geriátrica, que se hace más relevante en el caso del Hospital Monte Naranco, el cual ya actualmente supone el referente en la atención geriátrica a nivel de la Comunidad Autónoma.

La selección del Area I y la Comarca de la Sidra en el Area IV como representante de las Areas más rurales no es óbice para que se incorporasen al proyecto las Areas Sanitarias II y VI, en función de las condiciones y la factibilidad de la intervención, teniendo en cuenta la disponibilidad de recursos humanos y materiales y la existencia de programas pioneros como “Rompiendo Distancias” de la Consejería de Asuntos Sociales que se desarrollarán en las áreas I y IV.

XII. CONCLUSIONES

Como comentario final al presente documento y como ya se recogió en el **Libro Blanco de los Servicios Sanitarios Asturianos** para establecer políticas integradoras con el fin de evitar en la medida de lo posible las situaciones que hoy tienen las personas en situación de dependencia, es preciso y necesario un abordaje de la atención sociosanitaria que tenga en cuenta los siguientes aspectos:

1. **Integralidad de los cuidados**, concibiendo la A. Primaria como centro del sistema, fortaleciendo los equipos de atención primaria y creando circuitos simplificados de coordinación entre los diferentes niveles de atención sanitaria y social.

2. **Concepción de la atención especializada como apoyo a la Atención Primaria** no sólo en el ámbito hospitalario o mediante el recurso cama, sino como asesor y colaborador para la resolución de las necesidades de los ciudadanos de su Área Sanitaria.

3. **Acceso simplificado al sistema.**

4. **Reforzar la atención en cuidados paliativos en toda la red sanitaria de uso público del Principado de Asturias.**

5. Evaluación multidimensional y multidisciplinar de los ciudadanos / ciudadanas que precisen sus servicios a través de la creación de los **Equipos de Valoración y Apoyo Sociosanitario**.

6. **Adecuación de las estructuras y los profesionales a las necesidades** actuales del sistema aprovechando todos los recursos de los que se dispone y que estaban siendo infrautilizados, mediante la formación y adaptación estructural de los centros de nuestra Comunidad Autónoma.

Como conclusión final de este documento y en el marco del compromiso institucional de la Consejería de Asuntos Sociales y la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios con la atención a las personas que requieren cuidados continuados y progresivos, se propone la puesta en marcha de este PROYECTO DE MEJORA DE LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA EN EL PRINCIPADO DE ASTURIAS en el inicio del 2003. (Oportunidad metodológica actual para la elaboración de los contratos programa del 2003).

Anexo III

ESTRATEGIA EN PROCESOS DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA PARA ASTURIAS

Este documento elaborado por un grupo de trabajo formado por profesionales de Sanidad y de Servicios Sociales durante el año 2006, presenta un mapa general de procesos de atención sociosanitaria. El mapa de procesos ha sido tratado tomando como criterio básico la identificación, por parte de los dos sistemas implicados, de las principales áreas consideradas susceptibles de mejora desde la cooperación sociosanitaria.

INDICE

- 1. INTRODUCCIÓN...121
- 2. METODOLOGÍA...123
- 3. PROCESOS DE ATENCIÓN SOCIO SANITARIA...1 25
- 4. SUBPROCESOS DE ATENCIÓN SOCIO SANITARIA...134
- 5. FICHAS DE INVENTARIO DE SUBPROCESOS...136
- 6. RESUMEN DE FINANCIACIÓN DE SUBPROCESOS...142
- 7. ANEXO
 - Atención a personas en situación de gran dependencia en el domicilio...145
 - Atención a personas en situación de dependencia con necesidades de apoyo intenso...151
 - Atención a personas mayores. Promoción del envejecimiento activo...159
 - Atención a personas mayores en situación de dependencia en recursos de atención diurna...166
 - Alojamiento con apoyo para personas con trastorno mental severo...171
 - Atención a personas en riesgo de exclusión social: personas sin techo...179

GRUPO DE TRABAJO

Representantes de la Consejería de Vivienda y Bienestar Social:
Rafael Alonso Buelga.
Susana del Olmo Ablanedo
Teresa Martínez Rodríguez
Lina Menéndez Sánchez

Representantes del Servicio de Salud del Principado de Asturias:
José Fenández Díaz
Luis Gago Argüello
Vicente Herranz Gonzalez

El Grupo de Trabajo se reunió con carácter semanal/quincenal, levantándose acta del contenido de cada reunión durante el año 2006.

1. INTRODUCCIÓN

Desde el ámbito sanitario, La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud en su artículo 14, en referencia a la prestación de atención sociosanitaria, enuncia lo siguiente:

1. La atención sociosanitaria comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social.

2. En el ámbito sanitario, la atención sociosanitaria se llevará a cabo en los niveles de atención que cada comunidad autónoma determine y en cualquier caso comprenderá:

Los cuidados sanitarios de larga duración.

La atención sanitaria a la convalecencia.

La rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.

3. La continuidad del servicio será garantizada por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las Administraciones públicas correspondientes.

A su vez, el Plan de Salud para Asturias 2004-2007 se estructura en 4 áreas estratégicas: avanzando en equidad, sumando esfuerzos, ganando salud y mejorando la calidad de la atención sanitaria, 18 líneas de actuación dentro de las áreas estratégicas y 64 iniciativas dentro de las líneas de actuación, teniendo todo el plan un alto enfoque sociosanitario, con una serie de líneas donde la Atención Sociosanitaria se visualiza de forma directa.

Desde el ámbito de los Servicios sociales, la Ley 1/2003, de 24 de enero, de Servicios Sociales del Principado de Asturias, refleja en su preámbulo la gran importancia que tienen los cuidados de larga duración, la atención que necesitan las personas mayores en situación de dependencia, así como las exigencias de coordinación sociosanitaria.

Además, desde la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia se indica, en varios de sus artículos, la necesidad de formalizar desde las competencias de las comunidades autónomas mecanismos de coordinación entre el sistema de salud y el de servicios sociales de cara a garantizar respuestas integrales tanto en lo que se refiere a la promoción de la autonomía personal como en los recursos de atención a las personas en situación de dependencia.

Sin lugar a dudas, la Atención Sociosanitaria constituye un elemento clave de cara a garantizar una atención integral y de continuidad a distintos perfiles poblaciones que requieren atención coordinada por parte de los ámbitos social y sanitario. Esto conlleva un debate organizativo, sanitario y social, en el que influye, en gran medida, el progresivo incremento de edad de la población asturiana.

Existen muchos agentes implicados en la Atención Sociosanitaria: personas usuarias de servicios, familiares, profesionales, personas cuidadoras, organizaciones y Administración que deben consensuar una línea de actuación en este campo, en coherencia con los valores que de modo transversal se asume por la administración del Principado de Asturias, como son:

La equidad en el acceso a los recursos

La participación de los distintos agentes

La cooperación intersectorial

La universalidad de las prestaciones sociales y sanitarias

La solidaridad La transparencia

La integración social y comunitaria

La sensibilización social

El objetivo que persiguen los programas de Atención Sociosanitaria es facilitar a las personas el mayor grado posible de independencia en las actividades de la vida diaria, de autonomía y de calidad de vida, actuando a tres niveles:

- Previnendo la pérdida de independencia, de autonomía y de calidad de vida
- Identificando precozmente las situaciones de pérdida de independencia, de autonomía y de calidad de vida.
- Recuperando el máximo posible de independencia, de autonomía y de calidad de vida.

Para ello es necesario avanzar y profundizar en un modelo de atención sociosanitaria, teniendo en cuenta entre otros, los siguientes elementos:

- Una definición ajustada de los distintos grupos diana considerados objeto de la atención sociosanitaria.
- La identificación de las puertas de entrada a los diversos recursos y servicios.
- Sistemas y mecanismos que propicien una mayor coordinación entre niveles asistenciales y sistemas de atención implicados.
- Metodologías de trabajo que permitan garantizar un abordaje integral, multidisciplinar, preventivo y rehabilitador de la persona usuaria y de su entorno.
- Un sistema de formación conjunta de los profesionales de ambos sistemas que permita ir creando una cultura sociosanitaria común.
- El establecimiento de un sistema de información y evaluación que permita el seguimiento de la atención sociosanitaria.

La situación actual parece aconsejar el establecimiento de los adecuados cauces de coordinación, que permitan dar una respuesta coherente a aquellas personas que presentan problemas a los que no es posible dar una solución mediante la aplicación de medidas exclusivamente sanitarias o sociales.

En este sentido, frente a propuestas que optan por la creación de un espacio de atención sociosanitario específico, se apuesta por un modelo de atención sociosanitaria donde el objeto fundamental de la misma sea la atención de las diversas necesidades sociosanitarias de los ciudadanos y ciudadanas de una manera integral en los distintos contextos donde éstas se produzcan, de modo que desde la cooperación entre ambos sistemas -sanitario y social-, se garantice la continuidad en los cuidados y la calidad de la atención.

Este objetivo se pretende alcanzar con una intervención sobre la persona y familia o personas cuidadoras como núcleo de actuación, con una atención integral (asistencia, formación y sistemas de información) y adaptando la situación a cada lugar geográfico.

La intervención se realizará sobre unos grupos de población diana que han sido denominados Personas Clave y que constituyen aquellos grupos poblacionales con mayor necesidad de Atención Sociosanitaria. La mirada ha sido amplia, basando la identificación de estos grupos en las necesidades de mejora percibidas por ambos sectores. Esta propuesta va más allá de la habitual priorización de los usuarios y usuarias objeto de la atención sociosanitaria con las personas mayores o con las personas en situación de dependencia. Así pues los grupos que en esta propuesta de coordinación sociosanitaria se contempla son:

- PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA
- PERSONAS EN EDAD INFANTIL Y JUVENIL
- PERSONAS EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD
- PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE FRAGILIDAD
- PERSONAS EN FIN DE VIDA
- PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL SEVERO

- PERSONAS EN RIESGO DE EXCLUSIÓN SOCIAL
- MUJERES QUE SUFREN VIOLENCIA DE GÉNERO
- PERSONAS INMIGRANTES
- PERSONAS TRANSEUNTES
- PERSONAS CON VIH/SIDA
- PERSONAS CON TRASTORNOS ADICTIVOS

El documento elaborado presenta un mapa general de procesos de atención sociosanitaria. Como se acaba de apuntar, el mapa ha sido trazado tomando como criterio básico la identificación, por parte de los dos sistemas implicados, de las principales áreas consideradas susceptibles de mejora desde la cooperación sociosanitaria.

Este documento también incluye la propuesta de puesta en marcha para el año 2007 de ocho de los subprocesos contemplados dentro de este mapa general. La elección de estos subprocesos, como propuesta de primeras acciones, responde a la búsqueda de un equilibrio entre la priorización de la necesidad y la factibilidad de su implementación.

Evidentemente este no es un documento cerrado y es necesaria la continuidad del grupo de trabajo responsable de su elaboración para completar la descripción del conjunto de procesos y subprocesos que componen la totalidad del mapa y que todavía no están detallados. Así mismo se contempla como algo imprescindible abrir este documento a nuevas aportaciones de los profesionales de ambos sectores. Para ello se propone, también para el año 2007, habilitar un espacio para el debate y contraste del presente documento, en el contexto de una serie de acciones formativas conjuntas donde profesionales de ambos sistemas puedan ir creando y avanzando en una cultura sociosanitaria común.

2. METODOLOGÍA

CRONOGRAMA DE ELABORACIÓN

La elaboración de la Estrategia se realizó en cuatro fases, abarcando un periodo de seis meses, comprendidos entre marzo y noviembre de 2006. A partir de este momento se inicia la V fase con el desarrollo del resto de subprocesos.

FASES	DURACIÓN	OBJETIVOS
FASE I PRELIMINAR	MARZO 2006	• Establecer el Grupo de Trabajo de la Estrategia de Cuidados Paliativos para Asturias
FASE II PROCESOS	ABRIL 2006 JULIO 2006	• Elaborar un documento con las Bases de la Estrategia • Definir los Procesos Operativos • Proponer Subprocesos
FASE III SUBPROCESOS INICIALES	SEPTIEMBRE 2006 OCTUBRE 2006	• Desarrollar los subprocesos priorizados
FASE IV DOCUMENTO	NOVIEMBRE 2006	• Presentar el documento de la Estrategia de Procesos de Atención Sociosanitaria para Asturias
FASE V DESARROLLO SUBPROCESOS	DICIEMBRE 2006	• Desarrollar el resto de subprocesos incluidos en el Mapa de Procesos

FASE I: PRELIMINAR

Es la fase inicial y sus objetivos han sido:

- Establecer el Grupo de Trabajo de la Estrategia.

El Grupo de Trabajo está constituido por las siguientes personas:

- **Representantes de la Consejería de Vivienda y Bienestar Social:**
 - Rafael Alonso Buelga
 - Susana Del Olmo Ablanedo
 - Teresa Martínez Rodríguez
 - Lina Menéndez Sánchez
- **Representantes del Servicio de Salud del Principado de Asturias:**
 - José Fenández Díaz
 - Luis Gago Argüello
 - Vicente Herranz González

El Grupo de Trabajo se reunió con carácter semanal / quincenal, levantándose acta del contenido de cada reunión.

FASE II: PROCESOS

Es la fase de desarrollo de la Estrategia y se seleccionó la metodología de Gestión por Procesos como la que mejor se adaptaba a las necesidades identificadas.

Los objetivos de esta fase han sido:

- Definir los Procesos Operativos.
- Proponer los Subprocesos que se incluirán en cada Proceso Operativo.

FASE III: SUBPROCESOS INICIALES

En esta fase se priorizaron y desarrollaron los subprocesos seleccionados dentro de los distintos Procesos Operativos.

Los objetivos de esta fase han sido:

- Priorizar subprocesos dentro de los Procesos Operativos.
- Desarrollar los subprocesos priorizados.

FASE IV: DOCUMENTO

En esta fase el documento de la Estrategia es validado por el Grupo de Trabajo de la Estrategia responsable y presentado a las Autoridades Sanitarias para su aprobación.

Los objetivos de esta fase han sido:

- Redactar un documento de la Estrategia en Procesos de Atención Sociosanitaria para Asturias.
- Presentar el documento de la Estrategia.

FASE V: DESARROLLO DE SUBPROCESOS

En esta fase se continua con el desarrollo del resto de subprocesos contemplados en el Mapa de Procesos Sociosanitarios.

3. PROCESOS DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

ÍNDICE

1. DEFINICIÓN
2. LÍMITES
3. DESTINATARIOS Y EXPECTATIVAS
4. MAPA DE PROCESOS
5. PROCESOS OPERATIVOS
6. PROFESIONALES Y RECURSOS

1. DEFINICIÓN

La atención sociosanitaria comprende el conjunto de cuidados destinados a la atención de las personas, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía e independencia, favorecer su bienestar personal y facilitar su reinserción social.

2. LÍMITES

Inicial:

Detección de necesidad de atención sociosanitaria desde el ámbito social, sanitario, educativo o laboral.

Final:

Prestación de atención sociosanitaria acorde a la necesidad detectada.

3. DESTINATARIOS Y EXPECTATIVAS

Personas usuarias:

- Que reciban información sobre la atención sociosanitaria.
- Que tengan acceso a una atención sociosanitaria.
- Que les proporcionen una atención sociosanitaria.
- Que reciban la atención sociosanitaria adecuada a su problema.

Familias / Personas Cuidadoras:

- Que reciban información sobre la atención sociosanitaria.
- Que tengan unas estructuras de referencia para demandar atención a la persona con necesidad de atención sociosanitaria.
- Que tengan unos profesionales de referencia para la atención sociosanitaria.
- Que les enseñen a implicarse en los procesos sociosanitarios y les permitan participar en los mismos.

Profesionales:

- Que incrementen la formación en la atención a las personas con necesidad de atención sociosanitaria en los aspectos técnico - científicos.
- Que incrementen la formación en la atención a las personas con necesidad de atención sociosanitaria en los aspectos de comunicación.
- Que las estructuras implicadas en la atención sociosanitaria a personas coordinen sus esfuerzos.
- Que tengan unos programas de actuación sociosanitaria difundidos en la organización.

Movimiento Asociativo de Personas Afectadas y Familiares

Entidades, Organizaciones y Agencias de carácter no lucrativo

Otras Entidades con ánimo de lucro proveedoras de servicios

Instituciones Públicas de la Administración Regional y Local

4. MAPA DE PROCESOS



5. PROCESOS OPERATIVOS

5.1. Atención Sociosanitaria a Personas en situación de dependencia

Destinado a:

Personas que tengan algún grado de dependencia según la clasificación del Sistema Nacional de Dependencia.

Subprocesos:

5.1.1. Prevención de la situación de dependencia

Incluye:

- Medidas encaminadas a la potenciación de programas de prevención de la situación de dependencia.

5.1.2. Atención a Personas en situación de dependencia en el domicilio

Incluye:

- Medidas para la atención domiciliaria de las personas en situación de dependencia: diseño y seguimiento conjunto (sanitario y social) de planes individualizados de atención a usuarios de los servicios de apoyo en el domicilio (SAD).
- Medidas para la mejora de la atención médica, de enfermería, de fisioterapia, de salud bucodental, de podología y de salud mental para las personas en situación de dependencia en domicilio.

5.1.3. Atención a Personas en situación de dependencia en Recursos de Atención Diurna

Incluye:

- Medidas para mejorar la valoración inicial de las personas usuarias de los centros.

- Medidas para mejorar la atención en el ámbito de la enfermería, la salud mental y la podología.

5.1.4. Atención a Personas en situación de dependencia en recursos de alojamiento

Incluye:

- Medidas para la potenciación de recursos de alojamiento temporal, así como el abordaje integral de las personas.
- Medidas para la mejora de la atención médica, de enfermería, de fisioterapia, de podología y de salud mental para las personas en situación de alojamiento permanente o temporal.
- Medidas para el establecimiento de programas de cooperación que conduzcan a la creación de plazas de larga estancia.

5.1.5. Atención a Personas en situación de dependencia con necesidad de apoyo intenso

Incluye:

- Medidas para potenciar la coordinación entre los distintos dispositivos asistenciales.
- Medidas para el diseño de recursos de carácter temporal que permitan atender situaciones de crisis.

5.1.6. Atención al Maltrato de la Persona en situación de dependencia

Incluye:

- Medidas para la prevención, detección y notificación de situaciones de desprotección o maltrato.

5.2. Atención Sociosanitaria Infanto-Juvenil

Destinado a:

Niños y jóvenes que presentan situaciones de necesidad de atención sociosanitaria por:

- Alteraciones del desarrollo evolutivo
- Discapacidad y/o Dependencia
- Desprotección social establecida o en riesgo

Subprocesos:

5.2.1. Atención Infantil Temprana

Incluye:

- Medidas para mejorar la detección precoz, el seguimiento de la intervención y la coordinación entre los distintos dispositivos de atención infantil temprana (salud, servicios sociales y educación).

5.2.2. Atención a la Desprotección y al Maltrato Infantil-Juvenil

Incluye:

- Medidas para la prevención, detección y notificación de situaciones de desprotección o maltrato.
- Medidas para la mejora de la evaluación, la planificación y la intervención en situaciones en las que se requiere la intervención de los sanitario y social: desprotección, maltrato, adicciones, etc.).

5.2.3. Atención Infanto-Juvenil con necesidad de apoyo intenso

Incluye:

- Medidas para potenciar la coordinación entre los distintos dispositivos asistenciales.
- Medidas para el diseño de recursos de carácter temporal que permitan atender situaciones de crisis.

5.3. Atención Sociosanitaria a Personas en situación de discapacidad

Destinado a:

Personas que tengan algún grado de discapacidad reconocido por la Consejería de Vivienda y Bienestar Social.

Subprocesos:

5.3.1. Atención a personas en situación de discapacidad en el domicilio

Incluye:

- Medidas para la atención domiciliaria de las personas en situación de discapacidad: diseño y seguimiento conjunto (sanitario y social) de planes individualizados de atención a usuarios de los servicios de apoyo en el domicilio (SAD)

5.3.2. Atención a personas en situación de discapacidad en Recursos de Atención Diurna

Incluye:

- Medidas para mejorar la valoración inicial de las personas usuarias de los centros
- Medidas para mejorar la atención en el ámbito de la salud mental

5.3.3. Atención a personas en situación de discapacidad en recursos de alojamiento

Incluye:

- Medidas para la mejora de la atención médica, enfermera, de fisioterapia y de salud mental para las personas en recursos de alojamiento permanente.
- Medidas para la potenciación de recursos de alojamiento temporal y el abordaje integral de las personas.
- Medidas para el establecimiento de programas de cooperación que conduzcan a la creación de plazas de larga estancia.

5.3.4. Atención a personas en situación de discapacidad y necesidad de apoyo intenso

Incluye:

- Medidas para potenciar la coordinación entre los distintos dispositivos asistenciales.
- Medidas para el diseño de recursos de carácter temporal que permitan atender situaciones de crisis.

5.3.5. Atención al maltrato de la persona en situación de discapacidad

Incluye:

- Medidas para la prevención, detección y notificación de situaciones de desprotección o maltrato.

5.3.6. Atención a la Salud Bucodental de la persona en situación de discapacidad

Incluye:

- Medidas encaminadas a la mejora de la prevención, diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud bucodental.

5.3.7. Atención a la persona en situación de discapacidad en el ámbito pre-laboral y laboral

Incluye:

- Medidas para el impulso y coordinación de programas formativos de acceso al empleo (salud, servicios sociales, educación y empleo).
- Mejora de los protocolos de evaluación, diseño de itinerario de inserción laboral y seguimiento de las competencias profesionales.

5.4. Atención Sociosanitaria a Personas Mayores en situación de fragilidad

Destinado a:

Personas mayores que cumplan alguno de los siguientes criterios:

- Dificultad para las actividades de la vida diaria.
- Institucionalización no controlada.
- Mayor de 80 años.
- Pluripatología.
- Polifarmacia.
- Problemas cognitivos o afectivos.
- Reingresos frecuentes.
- Patología crónica invalidante.
- Reciente alta hospitalaria.
- Sin soporte social (viven solos)
- Problemas de deambulación (caídas)
- Pobreza.

Subprocesos:

5.4.1. Promoción del envejecimiento activo

Incluye:

- Medidas encaminadas a la potenciación de programas de envejecimiento activo, dirigidos al conjunto de las personas mayores y no solo a las personas mayores en situación o en riesgo de fragilidad.

5.4.2. Atención Personas Mayores en situación de fragilidad en el domicilio

Incluye:

- Medidas para la atención domiciliaria de las personas mayores en situación de fragilidad: diseño y seguimiento conjunto (sanitario y social) de planes individualizados de atención a usuarios de los servicios de apoyo en el domicilio (SAD).
- Medidas para la mejora de la atención médica, de enfermería, de fisioterapia, de salud bucodental, de podología y de salud mental para las personas mayores frágiles en domicilio.

5.4.3. Atención a Personas Mayores en situación de fragilidad en Recursos de Atención Diurna

Incluye:

- Medidas para mejorar la valoración inicial de las personas usuarias de los centros.
- Medidas para mejorar la atención en el ámbito de la enfermería, la salud mental y la podología.

5.4.4. Atención a Personas Mayores en situación de fragilidad en recursos de alojamiento

Incluye:

- Medidas para la potenciación de recursos de alojamiento temporal, así como el abordaje integral de las personas.

- Medidas para la mejora de la atención médica, enfermera, de fisioterapia y de salud mental para las personas en recursos de alojamiento permanente o temporal.

5.4.5. Atención a Personas Mayores en situación de fragilidad y necesidad de apoyo intenso

Incluye:

- Medidas para potenciar la coordinación entre los distintos dispositivos asistenciales.
- Medidas para el diseño de recursos de carácter temporal que permitan atender situaciones de crisis.

5.4.6. Atención al Maltrato de la Persona Mayor

Incluye:

- Medidas para la prevención, detección y notificación de situaciones de desprotección o maltrato.

5.5. Atención Sociosanitaria a Personas en Fin de Vida

Destinado a:

Personas que cumplan los siguientes criterios:

1. Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva, incurable.
2. Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
3. Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
4. Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.
5. Pronóstico de vida inferior a 6 meses.

Subprocesos:

5.5.1. Atención a las Personas en Fin de Vida en el domicilio

Incluye:

- Medidas encaminadas al reconocimiento precoz de las prestaciones para las personas en fin de vida.
- Medidas orientadas a la atención integral del conjunto familiar.
- Medidas para la atención domiciliaria de las personas en fin de vida: diseño y seguimiento conjunto (sanitario y social) de planes individualizados de atención a usuarios de los servicios de apoyo en el domicilio (SAD).

5.5.2. Atención a las Personas en Fin de Vida en situación de alojamiento

Incluye:

- Medidas encaminadas al reconocimiento precoz de las prestaciones para las personas en fin de vida.
- Medidas orientadas a la atención integral del conjunto familiar
- Medidas para la mejora de la atención médica y de enfermería para las personas en situación de alojamiento permanente.
- Medidas para la potenciación de recursos de alojamiento temporal y el abordaje integral de las personas.

5.6. Atención a Personas con Trastorno Mental Severo

Destinado a:

Personas que teniendo unas entidades nosológicas diagnosticadas, cumplan criterios de:

- Gravedad clínica
- Persistencia en el tiempo sin mejoría o con mala evolución
- Afectación importante del funcionamiento personal en el plano individual, familiar y en la integración social.

Subprocesos:

5.6.1. Atención a Personas con Trastorno Mental Severo en el domicilio

Incluye:

- Medidas para la atención domiciliaria de las personas con trastorno mental severo: diseño y seguimiento conjunto (sanitario y social) de planes individualizados de atención a usuarios.

5.6.2. Atención a Personas con Trastorno Mental Severo en situación de alojamiento

Incluye:

- Medidas para la potenciación de recursos de alojamiento permanente y temporal, así como el abordaje integral de las personas.
- Medidas para regular los apoyos y la supervisión en los distintos dispositivos (mini residencias, pisos protegidos, etc).

5.6.3. Atención a Personas con Trastorno Mental Severo en el ámbito pre-laboral y laboral

Incluye:

- Medidas para el impulso y coordinación de programas formativos de acceso al empleo (salud, servicios sociales, educación y empleo).
- Mejora de los protocolos de evaluación, diseño de itinerario de inserción laboral y seguimiento de las competencias profesionales.

5.6.4. Atención a Personas con Trastorno Mental Severo y necesidad de apoyo intenso

Incluye:

- Medidas para potenciar la coordinación entre los distintos dispositivos asistenciales.
- Medidas para el diseño de recursos de carácter temporal que permitan atender situaciones de crisis.

5.7. Atención a Personas en Riesgo de Exclusión Social

Destinado a:

Personas no pueden acceder a las condiciones de vida que les permitan satisfacer sus necesidades esenciales y participar en el desarrollo de la sociedad en la que viven.

Factores pueden actuar poniendo a las personas en situación o riesgo de exclusión:

1. Laborales: imposibilidad de tener un puesto de trabajo, de mantenerlo y de percibir un beneficio económico (salario), social (reconocimiento) y psicológico (autoestima) que posibilite su desarrollo normalizado e integrado en la sociedad.
2. Demográfico, como el sexo (mujer) y la edad (tercera edad y jóvenes);
3. Personales (consumo de tóxicos, comisión de delitos)
4. Etnia (inmigrantes, gitanos)

- 5. Sanitarios (sida, enfermedades mentales)
- 6. Familiares y sociales (maltratos, hacinamiento)

Subprocesos:

5.7.1. Atención a Personas con VIH/SIDA en riesgo de exclusión social

- Incluye:
- Medidas para la prevención, detección y actuación en personas con VIH/SIDA .
 - Medidas para la mejora del seguimiento de las personas con VIH/SIDA.
 - Medidas para la elaboración de programas de reducción de riesgo.

5.7.2. Atención a Personas con Trastornos Adictivos en riesgo de exclusión social

- Incluye:
- Medidas para la prevención, detección y actuación en personas con trastornos adictivos.
 - Medidas para la mejora del seguimiento de las personas con trastornos adictivos.
 - Medidas para la elaboración de programas de reducción de riesgo.

5.7.3. Atención a Mujeres que sufren Violencia en riesgo de exclusión social

- Incluye:
- Medidas para la prevención, detección y notificación de situaciones de maltrato.
 - Medidas para la mejora del seguimiento de las mujeres que sufren violencia.
 - Medidas para la elaboración de programas de reducción de riesgo.

5.7.4. Atención a Personas Inmigrantes en riesgo de exclusión social

- Incluye:
- Medidas para la detección y actuación en personas inmigrantes en riesgo de exclusión social.
 - Medidas encaminadas a potenciar la presencia de mediadores interculturales.
 - Medidas para el diseño de protocolos de atención sanitaria a personas inmigrantes vulnerables.

5.7.5. Atención a Personas que ejercen la Prostitución en riesgo de exclusión social

- Incluye:
- Medidas para la detección y actuación en personas que ejercen la prostitución.
 - Medidas para la mejora del seguimiento de las personas que ejercen la prostitución.
 - Trastornos adictivos.
 - Medidas para la elaboración de programas de reducción de riesgo.

5.7.6. Atención a Personas Transeúntes en riesgo de exclusión social

- Incluye:
- Medidas para la prevención, detección y actuación en personas transeúntes en riesgo.

- Medidas para el diseño y puesta en marcha de protocolos de continuidad de cuidados.
- Medidas para el diseño de dispositivos de baja exigencia (alojamiento y manutención, inicio de programas de vinculación a servicios normalizados).
- Medidas de apoyo a la construcción de la demanda.

5.7.7. Atención a personas de minorías étnicas en riesgo de desprotección social

- Incluye:
- Medidas para la prevención, detección y actuación en personas de minorías étnicas en riesgo.
 - Medidas encaminadas a potenciar la presencia de mediadores interculturales.
 - Medidas para el diseño de protocolos que aseguren la continuidad de cuidados.

6. PROFESIONALES Y RECURSOS

UNIDADES FUNCIONALES

Sanitarias

Equipos de Atención Primaria
Unidades de Trabajo Social de A.P.
Unidades de Odontología de A.P.
Unidades de Fisioterapia de A.P.
Unidades de Matronas de A.P.
Servicios de Hospitales de Area o Distrito
Servicios de Hospitales Asociados
Servicios de Centro de Convalecencia
Unidades de ITS
Equipos de Salud Mental
Unidades de Hospitalización Psiquiátrica
Equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario
Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria en Atención Primaria
Unidades de Hospitalización a Domicilio
Unidades de Cuidados Paliativos

Sociales

Equipos de los Centros de Servicios Sociales Municipales
Equipos Territoriales de Area
Equipos Intervención Infancia
Equipos de Centros Sociales de Personas Mayores
Equipos de Centros de día para personas mayores dependientes
Equipos de Recursos de alojamiento para personas mayores
Equipos Valoración Discapacidad
Equipos Valoración Dependencia (próxima creación)
Equipos de las Unidades de Atención Infantil Temprana
Equipos del Programa de Apoyo en el entorno
Equipos de Centros de Apoyo a la Integración
Equipos de Recursos de alojamiento para personas con discapacidad

ESTRUCTURAS FÍSICAS

Sanitarias

Centros de Salud
Hospitales de Area o Distrito
Hospitales Asociados
Centro de Convalecencia
Hospital de Día
Centros de Salud Mental
Unidades de Hospitalización de Salud Mental Comunidad Terapéutica de Salud Mental Pisos
Tutelados Salud Mental

Sociales

Centros de Servicios Sociales
Albergues de Personas sin techo
Guarderías Infantiles
Centros de Acogida de Mujeres Maltratadas
Centros de Día de Menores
Centros de alojamiento para Menores
Centros Sociales de Personas Mayores
Centros de Día para personas mayores dependientes
Centros Rurales de Apoyo Diurno
Recursos de alojamiento para personas mayores
Unidades de Atención Infantil Temprana
Centros de Apoyo a la Integración
Recursos de alojamiento de personas con discapacidad

4. SUBPROCESOS DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

La propuesta de puesta en marcha para el año 2007 es la de iniciar ocho de los subprocesos contemplados dentro del mapa general. La elección de estos subprocesos, como propuesta de primeras acciones, responde a la búsqueda de un equilibrio entre la priorización de la necesidad y la factibilidad de su implementación.

Los seis subprocesos priorizados para el inicio son:

1. Atención a personas en situación de gran dependencia en el domicilio

Las personas en situación de gran dependencia tienen necesidades específicas de atención domiciliaria producidas por las limitaciones que les impone su situación de dependencia funcional.

Las necesidades que presentan son tanto de ámbito social como sanitario y su cobertura pasa por la intervención profesional prestada en el propio domicilio de las personas. Ofrecer la atención domiciliaria programada y coordinada entre Servicios Sociales y Salud facilita la continuidad de cuidados y contribuye a mantener o mejorar su calidad de vida, facilita la permanencia en su entorno comunitario y contribuye a mejorar los apoyos que se ofrecen a las personas cuidadoras.

2. Atención a personas en situación de dependencia con necesidades de apoyo intenso

La atención a personas en situación de dependencia que presentan necesidades de apoyo intenso se dirige a proporcionar valoración, diagnóstico y un plan individualizado de intervención a las personas usuarias de los centros de la red de recursos sociales especializados, que bien por sus características personales o situacionales, precisan temporalmente de apoyos de mayor intensidad a los habituales, de cara a favorecer su adaptación y bienestar.

3. Atención a personas mayores. Promoción del envejecimiento activo

La misión de este subproceso está orientada a conocer los principios del envejecimiento activo, prevenir enfermedades y/o diagnosticar precozmente su aparición, así como conocer y utilizar recursos de apoyo y participación social.

4. Atención a personas mayores en situación de dependencia en recursos de atención diurna

La Atención a las Personas Mayores en situación de dependencia en recursos de atención diurna es la atención individualizada a las necesidades básicas, terapéuticas y sociales de la persona, que se presta mayoritariamente, aunque no exclusivamente, en los Centros de Día / Rural de Apoyo Diurno para personas mayores en situación de dependencia.

5. Alojamiento con apoyo para personas con trastorno mental severo

Alojamientos con diferentes grados de apoyo para personas con trastorno mental severo que, carentes de soportes sociales familiares o informales, tienen posibilidades ciertas de vida fuera de ámbitos institucionalizados.

6. Atención a personas en riesgo de exclusión social: personas sin techo

Mediante este proceso se pretende ayudar a las personas sin techo a construir la demanda, mejorar su adherencia a los tratamientos y su vinculación con los profesionales con los que se relacionan así como llegar a cubrir sus necesidades básicas de atención sociosanitaria.

Estos seis subprocesos citados están desarrollados de manera individual en el Anexo de este documento y para conocer en profundidad su contenido se remite a la lectura del citado anexo. Un resumen de cada subproceso figura en el siguiente apartado, en el que se describen las Fichas de Inventario de Subprocesos.

5. FICHA DE INVENTARIO DE SUBPROCESOS

FICHA DE INVENTARIO DE PROCESO
ATENCIÓN SOCIO SANITARIA A PERSONAS EN SITUACIÓN DE GRAN DEPENDENCIA EN EL DOMICILIO

CLAVE 5.1.2

DEFINICIÓN
Ofrecer atención socio sanitaria coordinada, a domicilio, a las personas en situación de gran dependencia para garantizar la cobertura de las necesidades detectadas en los Planes Individuales de atención.

LÍMITE INICIAL: Usuarios del Servicio de Ayuda a Domicilio que tienen la valoración de grandes dependientes.
LÍMITE FINAL: Cobertura de las necesidades socio sanitarias detectadas.

RESPONSABLE: Equipos Territoriales de Area de la Consejería de Vivienda y Bienestar social.

DESTINATARIO Y EXPECTATIVAS

- Personas mayores en situación de gran dependencia.
 - Tener apoyos para poder realizar las Actividades Básicas de la Vida Diaria.
 - Recibir en el domicilio las atenciones sanitarias que precisen y a las que su situación de dependencia no les permite el acceso ambulatorio (atención médica, de enfermería, de fisioterapia, de salud bucodental, de podología y de salud mental).
- Personas en situación de discapacidad y situación de gran dependencia.
 - Tener apoyos para poder realizar las Actividades Básicas de la Vida Diaria.
 - Recibir en el domicilio las atenciones sanitarias que precisen y a las que su situación de dependencia no les permite el acceso ambulatorio (atención médica, de enfermería, de fisioterapia, de salud bucodental, de podología y de salud mental).
- Personas Cuidadoras
 - Disminuir el impacto del cuidado sobre su salud.
 - Mejorar sus habilidades para ofrecer los cuidados requeridos.
 - Obtener apoyos que les faciliten la tarea cuidadora.
- Profesionales socio sanitarios
 - Consensuar pautas de intervención.
 - Establecer límites y responsabilidades de cada ámbito profesional.

ACTIVIDADES
Establecer sistemas de coordinación a través de los Equipos Territoriales de Area entre Atención Primaria de Salud y Servicios Sociales Municipales para revisar las necesidades de los usuarios de SAD en situación de gran dependencia y consensuar junto con las personas un PIA conjunto.

INDICADORES PRINCIPALES

Indicadores nivel 1

1. % de personas en situación de gran dependencia que reciben SAD incluidas en el programa.
2. % de tipos de necesidades atención socio sanitaria detectadas en personas en situación de gran dependencia, que reciben SAD.
3. % de tipos de demandas atención socio sanitaria de personas que reciben SAD en situación de gran dependencia que necesitan cubrirse.
4. % de planes individuales de atención socio sanitaria realizados de personas en situación gran dependencia, que reciben SAD.
5. % de intervenciones socio sanitarias realizadas con personas en situación de gran dependencia, que reciben SAD.
6. Tipo de modificaciones realizadas en los PIA de las personas en situación de gran dependencia.

Indicadores nivel 2

7. % de personas mayores que reciben SAD, que tienen cubiertas sus necesidades de Atención Socio sanitaria.
8. % de personas en situación de discapacidad que reciben SAD, que tienen cubiertas sus necesidades de Atención Socio sanitaria.

OPORTUNIDADES DE MEJORA

CRÍTICO

SITUACIÓN

FECHA DE REVISIÓN

FICHA DE INVENTARIO DE PROCESO
ATENCIÓN A PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA CON NECESIDADES DE APOYO INTENSO

CLAVE 5.1.5

DEFINICIÓN
La atención a personas en situación de dependencia con necesidades de apoyo intenso se dirige a proporcionar valoración, diagnóstico y un plan individualizado de intervención a las personas usuarias de los centros de la red de recursos sociales especializados, que bien por sus características personales o situacionales, precisan temporalmente de apoyos de mayor intensidad a los habituales, de cara a favorecer su adaptación y bienestar.

LÍMITE INICIAL: Personas en situación de dependencia usuarias de centros de la red de servicios sociales especializados que cumplan estos dos criterios:

- a) Personas en situación de dependencia con importantes alteraciones comportamentales que impliquen riesgo bien para sí mismas (auto agresión) o para el entorno (hetero agresión).
- b) Haber sido objeto de evaluación e intervención por parte de otros equipos profesionales (el propio centro y equipo de referencia de salud mental) sin éxito o mejora, incluyendo un informe técnico que explicita las intervenciones y resultados obtenidos.

LÍMITE FINAL: Establecimiento del alta en el proceso por parte del Equipo de Salud Mental encargado del mismo.

RESPONSABLE: Comisión socio sanitaria compuesta por Profesionales de Salud Mental y Profesionales de Servicios Sociales Especializados.

DESTINATARIO Y EXPECTATIVAS

- **Personas en situación de dependencia con necesidades de apoyo intenso:** plan individualizado de atención. Permanecer integrado en las redes existentes. Mejorar su nivel conductual y psicoafectivo.
- **Personas en situación de dependencia usuarias de los centros de servicios sociales especializados:** Minimizar los riesgos que puede implicar la convivencia con personas que presentan habitualmente importantes alteraciones; Contar con entornos de intervención organizados evitando el desajuste que implica la atención intensiva que requieren los casos de compleja intervención.
- **Profesionales centros de la red de recursos sociales especializados:** Aumentar el conocimiento sobre las necesidades de intervención de las personas en situación de dependencia con enfermedad mental; Contar con asesoramiento especializado que permita una intervención más específica y cualificada en los casos de gran complejidad.
- **Profesionales de salud mental:** Aumentar el conocimiento sobre las necesidades de intervención de las personas en situación de dependencia con enfermedad mental.
- **Familias cuidadoras:** Aumentar el conocimiento sobre las necesidades de intervención de las personas en situación de dependencia con enfermedad mental; Contar con asesoramiento especializado que permita una mejor convivencia familiar.

ACTIVIDADES
Estudio individualizado del caso (valoración, el diagnóstico y el diseño del plan individualizado de intervención). Asesoramiento y formación a los equipos de los centros para que éstos puedan generalizar en el propio contexto el plan individualizado de atención (PIA) propuesto y /o desarrollado. Refuerzo temporal de la ratio de atención directa para facilitar la generalización del PIA. Asesoramiento a equipos de salud mental en casos de diagnóstico dual. Formación de los equipos de salud mental.

INDICADORES PRINCIPALES

- Casos solicitantes de inclusión en el subproceso (nº y % total usuarios centros)
- Casos incluidos en el subproceso (nº y % total usuarios centros)
- Casos reincluidos en el subproceso (nº y % total usuarios)
- Casos valorados en la unidad de alojamiento temporal (nº y % total casos incluidos en el subproceso)
- Casos retornados al centro de origen (nº y % total casos incluidos en el subproceso)
- Tiempo estancia medio en el subproceso (total, unidad de alojamiento, apoyo a centros).
- Nº sesiones asesoramiento/apoyo a los equipos de los centros
- Nº horas refuerzo/caso en centros para generalización del PIA
- Nº de interconsultas equipos de salud mental
- Nº sesiones formativas equipos de salud mental
- Nº familias asesoradas

OPORTUNIDADES DE MEJORA

CRÍTICO

SITUACIÓN

FECHA DE REVISIÓN

FICHA DE INVENTARIO DE PROCESO
ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES. PROMOCIÓN DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO
CLAVE 5.4.1

DEFINICIÓN Envejecimiento activo es la condición que, en su sentido más amplio, permite a las personas de edad satisfacer sus expectativas personales y cubrir las exigencias que le impone el medio donde viven.
LÍMITE INICIAL: Personas mayores de 65 años. LÍMITE FINAL: Establecimiento en la persona mayor de 65 años de una situación de gran dependencia que no le permita realizar las actividades del proceso. Fallecimiento de la persona mayor de 65 años.
RESPONSABLE: El perfil del responsable global del subproceso es el de un profesional de salud que desarrolle su trabajo en el ámbito de los cuidados, la prevención y la educación para la salud. Este perfil lo cumple el profesional de enfermería de Atención Primaria.
DESTINATARIO Y EXPECTATIVAS - Personas mayores: Conocer los principios del envejecimiento activo; Prevenir enfermedades y/o diagnosticar precozmente su aparición; Conocer y utilizar recursos de apoyo y participación social; Disponer de recursos económicos para una vejez autónoma. - Persona cuidadora mayor: Disminuir el impacto del cuidado sobre su salud; Conocer los principios del envejecimiento activo de la persona cuidada.
ACTIVIDADES Realizar información / formación para el envejecimiento activo; Vacunar; Realizar actividades preventivas y de diagnóstico precoz; Incluir en programas de participación social y ocio; Analizar los riesgos arquitectónicos del hogar y potenciar ayudas para su eliminación; Identificar a las personas cuidadoras e incluirlas en talleres de atención; Potenciar las ayudas económicas para las personas mayores; potenciar al actividad física; eliminar barreras arquitectónicas en la comunidad; estimular la participación social de las personas mayores.
INDICADORES PRINCIPALES I. N° de talleres de Envejecimiento Activo realizados. 2. % de personas mayores de 65 años vacunadas. 3.-% de personas mayores de 65 años incluidas en el programa de Prevención y Detección de problemas en el anciano. 4. % de personas mayores de 65 años incluidas en el programa de Participación Social e Integración en la Comunidad. 5. % de personas mayores de 65 años incluidas en el programa de Ocio. 6. Cuantía anual de las Ayudas Individuales a Personas Mayores para la adaptación del hogar. 7. % de personas, identificadas como cuidadoras, incluidas en los talleres de Atención a las Personas Cuidadoras desarrollados en Atención Primaria. 8. % de ayuntamientos que tienen implantados en los espacios deportivos municipales programas de ejercicio físico para las personas mayores. 9. % de ayuntamientos que tienen programas de eliminación de las barreras arquitectónicas en los espacios públicos y edificios. 10. % de ayuntamientos que tiene instaurados Consejos Municipales de Salud en los que están representadas personas mayores. II. % de Áreas Sanitarias que tiene instaurados Consejos de Salud de Zona Básica y de Área Sanitaria en los que están representadas personas mayores.
OPORTUNIDADES DE MEJORA
CRÍTICO
SITUACIÓN
FECHA DE REVISIÓN

FICHA DE INVENTARIO DE PROCESO
ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA
EN RECURSOS DE ATENCIÓN DIURNA
CLAVE 5.4.3

DEFINICIÓN La Atención a las Personas Mayores en situación de dependencia en Recursos de Atención Diurna es la atención individualizada que durante el día abarca las necesidades básicas, terapéuticas y sociales de las personas mayores en situación de dependencia, promoviendo su autonomía y una permanencia adecuada en su entorno habitual.
LÍMITE INICIAL: Persona mayor que acude a un Centros de Día / Rural de Apoyo Diurno para Personas Mayores en situación de dependencia. LÍMITE FINAL: Persona mayor en alojamiento residencial temporal o definitivo. Abandono del recurso.
RESPONSABLE: Director/a del Centro de Día / Rural de Apoyo Diurno, del cual depende el Equipo Multidisciplinar (E.M.).
DESTINATARIO Y EXPECTATIVAS - Personas mayores en situación de dependencia: recuperar o mantener el mayor grado de independencia posible; desarrollo de la autoestima; evitar o retrasar institucionalizaciones. - Familiares/ Personas cuidadoras: tiempo libre y descanso; conocimientos y habilidades en la mejora de los cuidados; reducir claudicación; prevenir conflictos; favorecer colaboración familiar. - Cuidadores profesionales: conocimientos y habilidades de cuidados; reducir estrés; favorecer clima laboral.
ACTIVIDADES Asistencia en las AVD, Programas de Intervención Terapéutica (terapias funcionales, cognitivas, socializadoras, psicoafectivas), Programas de Atención Sanitaria (Alimentación y nutrición, aseo e higiene, control de esfínteres, prevención de caídas), Programas de Intervención con Familias (información, orientación, grupos psicoeducativos y de autoayuda), Programas de Intervención Ambiental y Programas de Formación a los cuidadores profesionales.
INDICADORES PRINCIPALES
OPORTUNIDADES DE MEJORA
CRÍTICO
SITUACIÓN
FECHA DE REVISIÓN

FICHA DE INVENTARIO DE PROCESO

ALOJAMIENTO CON APOYO PARA PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL SEVERO

CLAVE 5.6.2

DEFINICIÓN
Gestión de alojamientos con diferentes grados de apoyo para personas con trastorno mental severo que, carentes de soportes sociales familiares o informales, tienen posibilidades ciertas de vida fuera de ámbitos institucionalizados.
LÍMITE INICIAL: Personas adultas, incluidas en el Programa de Trastorno Mental Severo de los Servicios de Salud Mental, que necesitan y se pueden beneficiar de diferentes grados de apoyo para alojamiento.
LÍMITE FINAL: Se habrá asegurado una cobertura estable de las necesidades de apoyo para cada persona y unidad de alojamiento.
RESPONSABLE: La referencia de responsabilidad de gestión directa del proceso deberá recaer en una persona con el perfil de formación básica, conocimientos específicos y experiencia relacionados con la naturaleza del proceso. Institucionalmente, las agencias responsables del proceso deberán ser: FASAD (Dirección General de Personas Mayores, Discapacitados y Personas Dependientes. Unidad de Coordinación de Salud Mental (SESPA).
DESTINATARIO Y EXPECTATIVAS
- Personas con nivel de dependencia mejorable: capacidades de relación social y autonomía personal. Disponer de recursos propios para vivir con independencia. Prevenir secuelas y consolidación de sintomatología clínica. Conocer, manejar y utilizar los recursos de apoyo y participación social. - Personas con nivel de dependencia estable: Maximizar sus posibilidades de vida socialmente activa. Disponer cobertura adecuada en seguridad y protección social. Minimizar el riesgo de exclusión social y de deterioro de su situación de salud. - Familias donde conviven personas con TMS n nivel de dependencia estable: Mejorar la calidad de vida y la convivencia de las unidades familiares en las que convive una persona con algún grado de dependencia debido a TMS.
ACTIVIDADES
Establecer y difundir los protocolos de utilización de la prestación. Identificar, evaluar y realizar la selección para la inclusión en el programa de las personas potencialmente beneficiarias. Identificar, evaluar y precisar necesidades y objetivos para cada persona y unidad de alojamiento. Realizar, por parte de los Servicios de Salud Mental, el seguimiento y las actividades terapéuticas definidas en el PTI. Realizar las tareas de apoyo social y supervisión adecuadas a cada unidad de alojamiento. Facilitar el acceso a recursos y programas complementarios de rehabilitación psicosocial y de inclusión sociolaboral a todas las personas incluidas en el programa de alojamiento. Realizar el seguimiento y evaluación para cada persona y unidad de alojamiento.
INDICADORES PRINCIPALES
• % de unidades/plazas de alojamiento desarrolladas sobre total previsto. • % de personas incluidas en la acción sobre total de personas potencialmente beneficiarias del mismo. • % de personas que consolidan situación de vida con diferentes grados de autonomía (según objetivos previos): a los seis meses; al año; a los tres años. • % de abandono del programa según causas y momento del proceso de inclusión: seis meses, un año, tres años.
OPORTUNIDADES DE MEJORA
CRÍTICO
SITUACIÓN
FECHA DE REVISIÓN

FICHA DE INVENTARIO DE PROCESO

ALOJAMIENTO CON APOYO PARA PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL SEVERO

CLAVE 5.7.6

DEFINICIÓN
Ofrecer atención sociosanitaria a personas sin techo en riesgo de exclusión social, mediante el trabajo en red de los profesionales de los recursos normalizados con los que atienden específicamente a esta población.
LÍMITE INICIAL: Normalización de la situación de exclusión. Adherencia a las intervenciones profesionales.
LÍMITE FINAL: Se habrá asegurado una cobertura estable de las necesidades de apoyo para cada persona y unidad de alojamiento.
RESPONSABLE: Comisión de coordinación formada por profesionales de los sistemas abajo reseñados y la responsabilidad del proceso recaerá en la persona en quién la comisión delegue dicha función.
DESTINATARIO Y EXPECTATIVAS
- Población transeúnte del Municipio de Gijón. - Tener cubiertas sus necesidades básicas de atención sociosanitaria
- Profesionales de la red pública sociosanitaria. - Conocer las necesidades específicas de esta población. - Mejorar sus habilidades para trabajar con los sin techo en riesgo de exclusión.
ACTIVIDADES
Detectar las necesidades de atención sociosanitaria de las personas sin techo en riesgo de exclusión. Establecer medidas de apoyo para construir la demanda de estas personas. Usando criterios de baja exigencia iniciar la vinculación con los profesionales designados para atender las necesidades de estas personas. Diseñar un programa de formación dirigido a profesionales de los distintos ámbitos para mejorar las habilidades de manejo de situaciones y conocer las necesidades específicas de esta población.
INDICADORES PRINCIPALES
• 1. % de personas sin techo entrevistadas para detectar sus necesidades de atención sociosanitaria. • 2. % de tipos de necesidades atención sociosanitaria expresadas. • 3. de tipos de demandas atención sociosanitaria realizadas. • 4. de proyectos de atención sociosanitaria individuales realizados. • 5. de intervenciones realizadas por profesional implicado. • 6. % de intervenciones realizadas por institución implicada. • 7. de intervenciones realizadas por el tipo de intervención. • 8. de intervenciones de apoyo a la construcción de la demanda realizadas. • 9. de personas sin techo vinculadas con cada profesional. • 10. N° de programas de formación realizados. • 11. % de profesionales de cada ámbito que acuden a la formación. • 12. % de personas sin techo que mantienen el seguimiento del programa. • 13. % de profesionales que se mantienen vinculados al programa.
OPORTUNIDADES DE MEJORA
CRÍTICO
SITUACIÓN
FECHA DE REVISIÓN

6. RESUMEN DE FINANCIACIÓN DE SUBPROCESOS

1. RECURSOS EN ATENCIÓN A PERSONAS EN SITUACIÓN DE GRAN DEPENDENCIA EN EL DOMICILIO

Instituciones

- Administración Autonómica
 - Consejería de Salud y Servicios Sanitario
 - Consejería de Vivienda y Bienestar Social
- Administración Local
 - Ayuntamientos
- Entidades Privadas.

Profesionales

- Profesionales de Salud.
- Profesionales de la Consejería de Vivienda y Bienestar Social.
- Profesionales de Servicios Sociales.
- Profesionales de las Entidades Privadas.

Programas

- Programa de SAD de la Consejería de Vivienda y Bienestar Social.
- Programas del Servicio de Salud del Principado de Asturias.
- Programas de Cartera de Servicios de Atención Primaria.
- Programas de Cartera de Servicio de Atención Especializada.

Financiación

Recursos humanos: inicialmente desarrollarán el subproceso los profesionales que ya trabajan en salud y en servicios sociales. Posteriormente y en función del despliegue del subproceso se debería revisar la necesidad de incrementar el número de profesionales.

2. RECURSOS EN ATENCIÓN A PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA CON NECESIDADES DE APOYO INTENSO

Valoración demanda	Comisión mixta (Salud Mental y Servicios Sociales)
Valoración del caso, diagnóstico y diseño plan individualizado	Equipo Salud Mental (Psiquiatra y Psicólogo/a Clínico/a). Unidad 10 plazas alojamiento temporal Personal atención directa continuada (ratio1/2 mañanas y 1/2 tardes); Enfermero/a; Educador/a.
Apoyo a centros de la red especializada de servicios sociales	Equipo Salud Mental (Psiquiatra y Psicólogo/a Clínico/a) Personal atención directa de refuerzo (ratio 1/1). Alcande: 10 usuarios

Presupuesto anual en cuanto a recursos humanos (escenario máximo)

Profesional	Especificaciones	Nº	Pto año/ profesional	Total anual programa
Psiquiatra	JC ; L-V; 1T	1	42.510,00	42.510,00
Psicólogo/a Clínico/a	JC; L-V; 1T	1	42.510,00	42.510,00
Enfermero/a- U alojamiento temporal	JC ; L-V ; 1T	1	23.750,00	23.750,00
*Cuidador/a- U alojamiento temporal	JC; L-D; 3T	18	17.865,78	321.584,04
Educador U alojamiento temporal	JC; L-V; 1T	1	23.117,06	23.117,06
Cuidadores/as refuerzo centros	JC; L-V;1T	10	16.597,72	165.977,20
TOTAL				619.448,30

JC: Jornada Completa / L-V: Lunes a Viernes / L-D: Lunes a Domingo / T: Turno

*CUIDADORES/AS ALOJAMIENTO TEMPORAL:

Turno de mañana y tarde: Ratio 1 cuidador para cados 2 usuarios. Se necesitarían 5 cuidadores para el turno de mañana y 5 para el de la tarde.
Turno de noche: 2 cuidadores para 10 usuarios

Presupuesto inversión modulo alojamiento temporal

Adecuación del módulo	310.000,00 €
Equipamiento	34.210,00 €
Total presupuestado	963.658,30 euros

3. RECURSOS EN ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES. PROMOCIÓN DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO

Instituciones

- Administración Autonómica
 - Consejería de Salud y Servicios Sanitario
 - Consejería de Vivienda y Bienestar Social
- Administración Local
 - Ayuntamientos

Profesionales

- Profesionales de Salud.
- Profesionales de Servicios Sociales.

Programas

- Programas de la Consejería de Salud y Bienestar Social.
- Programas del Servicio de Salud del Principado de Asturias.
 - Programas de Cartera de Servicios de Atención Primaria.
 - Programas de Cartera de Servicio de Atención Especializada. Programas de la Viceconsejería de Bienestar Social.

Financiación

Recursos humanos: inicialmente desarrollarán el subproceso los profesionales que ya trabajan

en salud y en servicios sociales. Posteriormente y en función del despliegue del subproceso se debería revisar la necesidad de incrementar el número de profesionales.

Recursos materiales: las necesidades materiales se estiman en 4.500 euros destinado a la edición del material formativo, siempre en función de que las actividades docentes en forma de taller se canalicen mediante el IAAP Adolfo Posada.
Total presupuestado: 4.500 euros

4. RECURSOS EN ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA EN RECURSOS DE ATENCION DIURNA

Profesionales

Profesionales de Centros de Día / Rural de Apoyo Diurno para Personas Mayores en situación de dependencia.

Profesionales de Equipos de Atención Primaria de Salud: Un/a enfermero/a (a ser posible siempre la misma persona) procedente del Centro de Salud más cercano al recurso, con un tiempo diario, en función del número de usuarios.

Cuantificación Económica

Iría en función de la disponibilidad del personal de enfermería de cada Centro de Salud. En la mayoría de los casos se espera que, con una buena planificación, el coste sería cero.

5. RECURSOS EN ALOJAMIENTO CON APOYO PARA PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL SEVERO

Recursos necesarios: (Se contemplan recursos complementarios de los actuales)

5.1. Procesos de gestión y de apoyo:

Constitución de un órgano de coordinación interinstitucional para la planificación, el seguimiento y la evaluación del programa.
Refuerzo de las estructuras centrales de gestión operativa del programa (FASAD principalmente y Unidad de Coordinación de Salud Mental). Refuerzo de los sistemas de coordinación entre servicios sociales y sanitarios en las áreas sanitarias.
Gestión de asistencia técnica y mantenimiento de las unidades de alojamiento.

5.2. Recursos para la ejecución directa:

Disponibilidad de alojamientos adecuados en todos los ámbitos territoriales de gestión de programas y recursos sociales y sanitarios, según la siguiente aproximación cuantitativa:

Area Sanitaria	Número de plazas	Unidades de Alojamiento
I; II; VI	9±2	3 (x3)
VII; VIII	12±2	4 (x2)
III	20 ±2	6
IV; V	40±2	12 (x2)
Totales	151 ±10	45±5

Personal para la supervisión y el apoyo activo a la inclusión social de las personas beneficiarias (educación social, trabajo social, ayuda en domicilio):550.000 euros/año
Refuerzo de los equipos de tratamiento comunitario en los
Servicios de Salud Mental:.....350.000 euros/año
Mantenimiento de alojamientos:180.000 euros/año
Total presupuestado1.080.000 euros/año

6. ATENCIÓN A PERSONAS EN RIESGO DE EXCLUSIÓN SOCIAL: PERSONAS SIN TECHO Instituciones

- Administración Autonómica
 - Consejería de Salud y Servicios Sanitario
 - Consejería de Vivienda y Bienestar Social

- Administración Local
 - Ayuntamientos

Entidades sin Ánimo de Lucro.

- Profesionales
 - Profesionales de Salud.
 - Profesionales de Servicios Sociales.
 - Profesionales de las Entidades sin Ánimo de Lucro.

Financiación

Recursos humanos: inicialmente desarrollarán el subproceso los profesionales que ya trabajan en salud y en servicios sociales. Posteriormente y en función del despliegue del subproceso se debería revisar la necesidad de incrementar el número de profesionales.

7. ANEXO

ATENCIÓN A PERSONAS EN SITUACIÓN DE GRAN DEPENDENCIA EN EL DOMICILIO

Índice

1. DEFINICIÓN
2. LÍMITES
3. RESPONSABLE
4. DESTINATARIOS Y EXPECTATIVAS
5. OBJETIVOS Y ACTIVIDADES
6. RECURSOS NECESARIOS
7. REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL PROCESO
8. EVALUACIÓN
9. FICHA DE INVENTARIO DEL PROCESO

1. DEFINICIÓN

Se entiende por dependencia, según el anteproyecto de la ley de la dependencia, el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria.

Las personas en situación de gran dependencia tienen necesidades específicas de atención domiciliaria producidas por las limitaciones que les impone su situación de dependencia funcional. Las necesidades que presentan son tanto de ámbito social como sanitario y su cobertura pasa por la intervención profesional prestada en el propio domicilio de las personas. Ofrecer la atención domiciliaria programada y coordinada entre Servicios Sociales y Salud facilita la continuidad de cuidados y contribuye a mantener o mejorar su calidad de vida, facilita la permanencia en su entorno comunitario y contribuye a mejorar los apoyos que se ofrecen a las personas cuidadoras. Por lo que es fundamental establecer mecanismos formales de coordi-

nación que garanticen la cobertura de las necesidades detectadas en los Planes Individuales de Atención.

Este programa es una experiencia piloto para “entrenar” la coordinación sociosanitaria en personas en situación de gran dependencia. Se inicia con usuarios del SAD por ser una población fácilmente identificable. Hay otras personas en situación de gran dependencia que no son usuarias de SAD y que cuando se apruebe la Ley de la Dependencia también se verán implicadas en este proceso de coordinación sociosanitaria.

2. LÍMITES

Límite inicial:

Usuarios del Servicio de Ayuda a Domicilio de los Municipios del Principado de Asturias que tienen la valoración de Grandes Dependientes.

Límite final:

Paso a un alojamiento permanente.

Entrar en una situación terminal.

3. RESPONSABLE

Se formará una comisión de coordinación formada por profesionales de los sistemas abajo reseñados y la responsabilidad del proceso recaerá en la persona en quién la comisión delegue dicha función.

- Profesionales de los Equipos Territoriales de Área de Servicios Sociales, de la Consejería de Vivienda y Bienestar Social.
- Profesionales de Servicios Sociales Municipales.
- Profesionales de Atención Primaria de Salud.

4. DESTINATARIOS Y EXPECTATIVAS

Personas mayores en situación de discapacidad con gran dependencia

Disponer de apoyos para poder realizar las Actividades Básicas de la vida diaria.

Recibir en el domicilio las atenciones sanitarias que precisen y a las que su situación de dependencia no les permite el acceso ambulatorio (atención médica, de enfermería, de fisioterapia, de salud bucodental, de podología y de salud mental).

Personas Cuidadoras

- Disminuir el impacto del cuidado sobre su salud.
- Mejorar sus habilidades para ofrecer los cuidados requeridos.
- Obtener apoyos que les faciliten la tarea cuidadora.

Profesionales sociosanitarios

- Consensuar pautas de intervención.
- Establecer límites y responsabilidades de cada ámbito profesional.

5. OBJETIVOS Y ACTIVIDADES

Objetivo 1. Determinar las necesidades de Atención Sociosanitaria de las personas mayores en situación de discapacidad con gran dependencia usuarias del SAD.

Actividades

1.1. Detectar, por parte de los profesionales de los Servicios Sociales Municipales, mediante la actualización y revisión de los planes individuales de atención de SAD de los Servicios Sociales Municipales, las necesidades Sociosanitarias de los usuarios de SAD en situación de gran dependencia.

Quien lo realiza: Profesionales de los Servicios Sociales Municipales.

Lugar de realización: Centros de Servicios Sociales Municipales.

1.2. Detectar, por parte de los profesionales de los Servicios de Atención Primaria de Salud, mediante la revisión de las historias clínicas y los programas de atención a mayores dependientes del CAP las necesidades de Atención Sociosanitaria de los usuarios de SAD con gran dependencia.

Quien lo realiza: Profesionales de Atención primaria de Salud.

Lugar de realización: Centros de Salud.

1.3. Establecer el Programa Individual de Atención Sociosanitaria de cada usuario de SAD.

Objetivo 2. Cubrir las necesidades de atención sociosanitaria detectadas de las personas en situación de gran dependencia en sus domicilios.

Actividades

2.1 A partir de las necesidades detectadas en los Programas Individuales de Atención establecer los mecanismos necesarios para asegurar la cobertura en el domicilio de estas.

Quien lo realiza: Profesionales de Atención primaria. Profesionales de Servicios Sociales.

Lugar de realización: Centros de Salud. Centros de Servicios Sociales.

2.2. Utiliza el PIA como vehículo para articular las intervenciones de los dos sistemas, el sanitario y el social y para facilitar el análisis simultaneo de las necesidades sanitarias y sociales.

Quien lo realiza: Profesionales de Atención primaria. Profesionales de Servicios Sociales.

Lugar de realización: Centros de Salud. Centros de Servicios Sociales.

Objetivo 3. Coordinar al sistema sanitario y al social para cubrir las necesidades detectadas.

Quien lo realiza: Profesionales de Atención primaria. Profesionales de Servicios Sociales.

Lugar de realización: Centros de Salud. Centros de Servicios Sociales. Equipos Territoriales de Área.

6. RECURSOS NECESARIOS

Instituciones

- Administración Autonómica
 - Consejería de Salud y Servicios Sanitario
 - Consejería de Vivienda y Bienestar Social
- Administración Local
 - Ayuntamientos
- Entidades Privadas.

Profesionales

Profesionales de Salud.

Profesionales de la Consejería de Vivienda y Bienestar Social. Profesionales de Servicios Sociales.

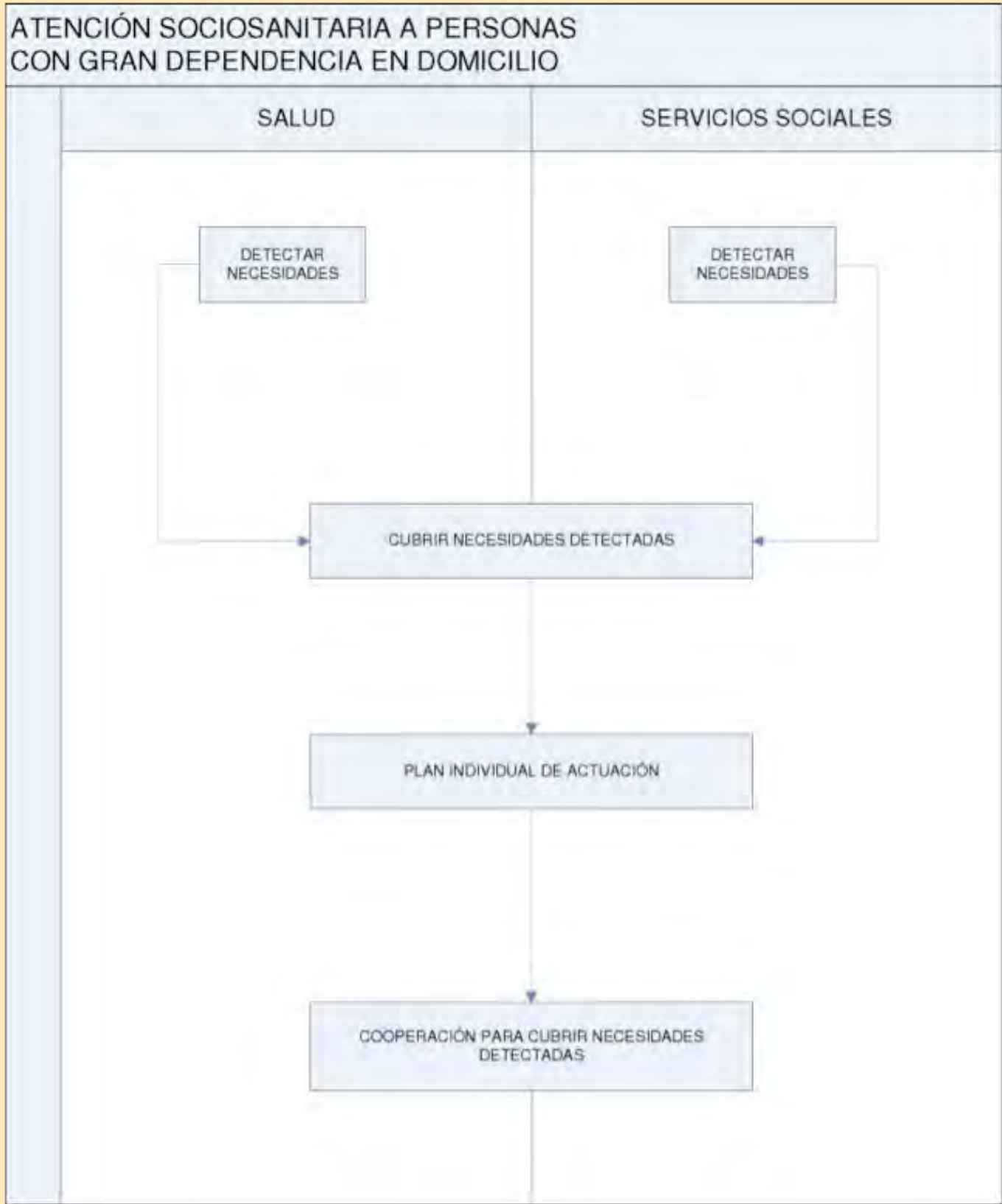
Profesionales de las Entidades Privadas.

Programas

Programa de SAD de la Consejería de Vivienda y Bienestar Social. Programas del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Programas de Cartera de Servicios de Atención Primaria. Programas de Cartera de Servicio de Atención Especializada.

7. REPRESENTACIÓN GRÁFICA



8. EVALUACIÓN

Indicadores nivel 1

1. % de personas en situación de gran dependencia que reciben SAD que se incluyen el programa.
2. % de tipos de necesidades atención socio sanitaria detectadas en personas en situación de gran dependencia, que reciben SAD.
3. de tipos de demandas atención socio sanitaria de personas que reciben SAD con gran dependencia que necesitan cubrirse.
4. de planes individuales de atención socio sanitaria realizados de personas en situación de gran dependencia, que reciben SAD.
5. de intervenciones socio sanitarias realizadas con personas mayores en situación de gran dependencia, que reciben SAD.
6. Tipo de modificaciones realizadas en los PIA de las personas en situación de gran dependencia.

Indicadores nivel 2

7. de personas mayores que reciben SAD, que tienen cubiertas sus necesidades de Atención Socio sanitaria.
8. de personas en situación de discapacidad que reciben SAD, y que tienen cubiertas sus necesidades de Atención Socio sanitaria.

Indicadores nivel 2

7. de personas mayores que reciben SAD, que tienen cubiertas sus necesidades de Atención Socio sanitaria.
8. de personas en situación de discapacidad que reciben SAD, y que tienen cubiertas sus necesidades de Atención Socio sanitaria.

FICHA DE INVENTARIO DE PROCESO

ALOJAMIENTO CON APOYO PARA PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL SEVERO

CLAVE 5.6.2

DEFINICIÓN

Ofrecer atención sociosanitaria coordinada, a domicilio, a las personas en situación de gran dependencia para garantizar la cobertura de las necesidades detectadas en los Planes Individuales de atención.

LÍMITE INICIAL: Usuarios del Servicio de Ayuda a Domicilio que tienen la valoración de grandes dependientes.

LÍMITE FINAL: Cobertura de las necesidades sociosanitarias detectadas.

RESPONSABLE: Equipos Territoriales de Área de la Consejería de Vivienda y Bienestar social.

DESTINATARIO Y EXPECTATIVAS

- Personas mayores en situación de gran dependencia.

- Tener apoyos para poder realizar las Actividades Básicas de la Vida Diaria.
- Recibir en el domicilio las atenciones sanitarias que precisen y a las que su dependencia no les permite el acceso ambulatorio (atención médica, de enfermería, de fisioterapia, de salud bucodental, de podología y de salud mental).

- Personas en situación de discapacidad y gran dependencia.

- Tener apoyos para poder realizar las Actividades Básicas de la Vida Diaria.
- Recibir en el domicilio las atenciones sanitarias que precisen y a las que su situación de dependencia no les permite el acceso ambulatorio (atención médica, de enfermería, de fisioterapia, de salud bucodental, de podología y de salud mental).

- Personas Cuidadoras

- Disminuir el impacto del cuidado sobre su salud.
- Mejorar sus habilidades para ofrecer los cuidados requeridos.
- Obtener apoyos que les faciliten la tarea cuidadora.

- Profesionales sociosanitarios

- Consensuar pautas de intervención.
- Establecer límites y responsabilidades de cada ámbito profesional.

ACTIVIDADES

Establecer sistemas de coordinación a través de los Equipos Territoriales de Área entre Atención Primaria de Salud y Servicios Sociales Municipales para revisar las necesidades de los usuarios de SAD en situación de gran dependencia y consensuar junto con las personas un PIA conjunto.

INDICADORES PRINCIPALES

Indicadores nivel 1

1. % de personas en situación de gran dependencia que reciben SAD incluidas en el programa.
2. % de tipos de necesidades atención sociosanitaria detectadas en personas en situación de gran dependencia, que reciben SAD.
3. de tipos de demandas atención sociosanitaria de personas que reciben SAD en situación de gran dependencia que necesitan cubrirse.
4. de planes individuales de atención sociosanitaria realizados de personas en situación gran dependencia, que reciben SAD.
5. de intervenciones sociosanitarias realizadas con personas en situación de gran dependencia, que reciben SAD.
6. Tipo de modificaciones realizadas en los PIA de las personas en situación de gran dependencia.

Indicadores nivel 2

7. de personas mayores que reciben SAD, que tienen cubiertas sus necesidades de Atención Sociosanitaria.
8. de personas en situación de discapacidad que reciben SAD, que tienen cubiertas sus necesidades de Atención Sociosanitaria.

OPORTUNIDADES DE MEJORA

CRÍTICO

SITUACIÓN

FECHA DE REVISIÓN

ATENCIÓN A PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA
CON NECESIDADES DE APOYO INTENSO

Índice

1. DEFINICIÓN
2. LÍMITES
3. RESPONSABLE
4. DESTINATARIOS Y EXPECTATIVAS
5. OBJETIVOS Y ACTIVIDADES
6. RECURSOS NECESARIOS
7. REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL PROCESO
8. EVALUACIÓN
9. FICHA DE INVENTARIO DEL PROCESO

1. DEFINICIÓN

La atención a personas en situación de dependencia que presentan necesidades de apoyo intenso se dirige a proporcionar valoración, diagnóstico y un plan individualizado de intervención a las personas usuarias de los centros de la red de recursos sociales especializados, que bien por sus características personales o situacionales, precisan temporalmente de apoyos de mayor intensidad a los habituales, de cara a favorecer su adaptación y bienestar.

La red de recursos sociales de atención especializada a personas en situación de dependencia está integrada por distintos dispositivos que ofrecen atención integral a las personas, y a sus familias cuidadoras, según la intensidad de apoyo que se precise (desde programas y servicios de apoyo en el propio domicilio, pasando por recursos de atención diurna, hasta llegar a dispositivos de alojamiento permanente).

Una característica importante de la población atendida es su heterogeneidad, dependiendo ésta tanto de la edad, como del tipo de discapacidad, así como de otras características relacionadas con el nivel de salud o variables de índole psicosocial. Es por ello que las necesidades de las personas atendidas en los centros de atención social pueden ser diversas y además estar sujetas a variaciones según momento vital y circunstancias diversas.

Esta red de atención es objeto de una evaluación general anual, además del seguimiento continuado que se lleva a cabo por parte de cada centro, con el objeto de favorecer una mejora continua en la calidad de la atención. Dicha mejora implica, entre otras cosas, ser capaces de ir desarrollando servicios y apoyos que se ajusten a la diversidad de situaciones y necesidades de las distintas personas.

A través de esta evaluación se ha detectado desde hace varios años un importante área de mejora: dar respuesta a las necesidades específicas que requieren las personas usuarias que presentan importantes y mantenidas alteraciones comportamentales. La valoración realizada es que estas personas, agotadas las estrategias de intervención habituales, incluyendo los apoyos desde los servicios de salud mental, quedan finalmente sin una intervención precisa que permita una adecuación de su estado conductual y psicoafectivo y una mejor integración en el centro.

Este grupo de personas usuarias, si bien es de número reducido, generan necesidades de apoyo muy intenso, ya que estas alteraciones en el comportamiento implican un importante malestar para el propio sujeto que las padece, además de entrañar, en numerosas ocasiones, riesgo físico para la propia persona afectada y para el resto de usuarios del centro con los que convive.

Este subproceso se propone de cara a proporcionar una mejor intervención personalizada a estas personas partiendo de que éstas tienen derecho a la intervención, intervención que ha de estar dirigida no sólo a evitar riesgos a terceros sino a mejorar su estado psicoafectivo y su bienestar.

Es desde esta asunción, y no otras, desde la que se plantea el proceso, proponiendo estrategias y recursos que faciliten la coordinación sociosanitaria y que den respuestas reales a las necesidades específicas de apoyo intenso que este grupo presenta.

De este modo, y a modo de resumen, entre los principios orientadores del subproceso, cabe destacar:

- **El derecho a la intervención y a la mejora de las personas gravemente afectadas**, abandonando el nihilismo terapéutico que en ocasiones se detecta en lo que se refiere a una auténtica intervención técnica en estos casos.

- **Minimizar la segregación** de las personas en situación de discapacidad evitando la creación de nuevos recursos que aparten definitivamente a las personas con necesidades generalizada de apoyo de difícil manejo, apostando por una intervención profesional específica que permita la integración de estas en las redes existentes.

- **La responsabilización y no desimplicación profesional del centro de procedencia**, abogando por apoyos especializados por parte de salud mental, en los propios centros de la red de sistema social.

- La importancia de **avanzar en la investigación del diagnóstico dual** (discapacidad intelectual+enfermedad mental), apostando por un equipo de salud mental especializado, que a través de metodologías adecuadas para el estudio de casos (diseños de caso-único, ...), permita la generación de un mayor conocimiento en este campo.

Este subproceso se concibe como la continuación de los otros subprocesos integrados en el proceso de atención sociosanitaria a las personas en situación de dependencia, donde se incluyen medidas para mejorar la coordinación entre las personas usuarias de los distintos servicios sociales y los centros de salud mental correspondientes. Desde una estrategia que respeta las estructuras ya existentes de intervención, se dirige a los casos que habiendo sido atendidos desde estos subprocesos previos, no se haya logrado resultados satisfactorios.

2. LÍMITES

Límite inicial:

Personas en situación de dependencia usuarias de centros de la red de servicios sociales especializados que cumplan estos dos criterios:

a) Personas en situación de dependencia con importantes alteraciones comportamentales que impliquen riesgo bien para sí mismas (autoagresión) o para el entorno (heteroagresión).

b) Haber sido objeto de evaluación e intervención por parte de otros equipos profesionales (el propio centro y equipo de referencia de salud mental) sin éxito o mejora, incluyendo un informe técnico que explicita las intervenciones y resultados obtenidos.

El sistema de acceso se realizará del siguiente modo:

1º) Demanda por parte de los recursos de la red de servicios sociales especializados.

2º) Valoración de la solicitud por una comisión mixta (SS especializados y SS Mental) e inclusión en el proceso siempre que se cumplan los dos criterios anteriores descritos.

Límite final:

Establecimiento del alta en el proceso por parte del Equipo de Salud Mental encargado del mismo.

3. RESPONSABLE

Profesional designado por la comisión sociosanitaria compuesta por Profesionales de Salud Mental y Profesionales de Servicios Sociales Especializados.

4. DESTINATARIOS Y EXPECTATIVAS

4.1) Personas en situación de dependencia con necesidades de apoyo intenso usuarias de los centros de servicios sociales especializados.

- Disponer de un plan individualizado de atención que se adecue a sus necesidades específicas de intervención.
- Permanecer integrado en las redes existentes para la atención a personas en situación de dependencia.
- Mejorar su nivel conductual y psicoafectivo

4.2) Personas en situación de dependencia usuarias de los centros de servicios sociales especializados.

- Minimizar los riesgos que puede implicar la convivencia con personas que presentan habitualmente importantes alteraciones.
- Contar con entornos de intervención organizados evitando el desajuste que implica la atención intensiva que requieren los casos de compleja intervención.

4.3) Profesionales centros de la red de recursos sociales especializados.

- Aumentar el conocimiento sobre las necesidades de intervención de las personas en situación de dependencia con enfermedad mental.
- Contar con asesoramiento especializado que permita una intervención más específica y cualificada en los casos de gran complejidad.

4.4) Profesionales de salud mental.

- Aumentar el conocimiento sobre las necesidades de intervención de las personas en situación de dependencia con enfermedad mental.

4.5) Familias cuidadoras.

- Aumentar el conocimiento sobre las necesidades de intervención de las personas en situación de dependencia con enfermedad mental.
- Contar con asesoramiento especializado que permita una mejor convivencia familiar.

5. OBJETIVOS Y ACTIVIDADES

a) Relacionados con la persona usuaria

Objetivo 1. Mejorar el bienestar e integración de las personas usuarias de la red de recursos sociales especializados que, debido a la presencia de habituales e importantes alteraciones comportamentales, presentan necesidades de apoyo intenso.

Actividades

5.1.1. Estudio individualizado del caso

El estudio del caso implica la valoración, el diagnóstico y el diseño del plan individualizado de intervención.

Quien lo realiza: El equipo de salud mental especializado en este campo

Lugar de realización: Este proceso de estudio del caso podrá realizarse:

- a) en el contexto habitual de la persona
b) en un recurso de alojamiento temporal destinado a tal efecto, para los casos de mayor complejidad diagnóstica y que requieran un estudio del caso más exhaustivo.

b) Relacionados con el recursos social (centro de procedencia)

Objetivo 2. Mejorar las estrategias de intervención técnica en los casos complejos por parte de los equipos profesionales de los centros.

Actividades

5.2.1. Asesoramiento y formación a los equipos de los centros para que éstos puedan generalizar en el propio contexto el plan individualizado de atención (PIA) propuesto y /o desarrollado.

Quien lo realiza: El equipo de salud mental especializado en este campo

Lugar de realización: En el centro de la red de servicios sociales especializados donde es atendida la persona usuaria.

5.2.2. Refuerzo temporal de la ratio de atención directa para facilitar la generalización del PIA.

Quien lo realiza: Cuidadores de refuerzo de apoyo al centro para la generalización del PIA junto con el equipo de atención del propio centro y bajo la supervisión del equipo especializado de salud mental.

Lugar de realización: En el centro de la red de servicios sociales especializados donde es atendida la persona usuaria.

El apoyo a los centros se realizará contemplando distintas situaciones, en función de las necesidades y posibilidades analizadas:

- a) Apoyo en el propio centro para mejorar la atención y abordaje terapéutico de personas usuarias que presentan necesidades de apoyo intenso.
b) Apoyo a centros que reciban nuevos usuarios que hayan sido objeto de reubicación.
c) Apoyo a retornos al centro de origen tras periodo de uso temporalizado de otro recurso.

c) Relacionados con la red de salud mental

Objetivo 3. Mejorar las estrategias de intervención técnica en los casos de personas en situación de dependencia con enfermedad mental atendidos por parte de los equipos de salud mental y la coordinación entre éstos y los centros de servicios sociales.

Actividades

5.3.1. Realizar de interconsultores ante casos de diagnóstico dual atendidos desde los equipos de salud mental.

5.3.2. Coordinar sesiones formativas.

5.3.3. Apoyar las actuaciones coordinadas entre los equipos de salud mental de áreas y los recursos sociales.

Quien lo realiza: El equipo de salud mental especializado en este campo
Lugar de realización: Dependiendo de la actividad

d) Relacionados con las familias cuidadoras

Objetivo 4. Mejorar la convivencia familiar de los casos complejos que residen con su familia.

Actividades

5.4.1. En el caso de que los casos estudiados correspondan a usuarios/as de recursos de atención diurna y la persona en situación de discapacidad conviva con su familia, se llevarán a cabo también acciones de asesoramiento a las mismas.

Quien lo realiza: El equipo de salud mental especializado en este campo
Lugar de realización: Contexto familiar

6. RECURSOS NECESARIOS

Valoración demanda	Comisión mixta (Salud Mental y Servicios Sociales)
Valoración del caso, diagnóstico y diseño plan individualizado	Equipo Salud Mental (Psiquiatra y Psicólogo/a Clínico/a). Unidad 10 plazas alojamiento temporal Personal atención directa continuada (ratio1/2 mañanas y 1/2 tardes); Enfermero/a; Educador/a.
Apoyo a centros de la red Equipo Salud Mental (Psiquiatra y especializada de servicios sociales.	Psicólogo/a Clínico/a) Personal atención directa de refuerzo (ratio1/1). Alcance: 10 usuarios

Presupuesto anual en cuanto a recursos humanos (escenario máximo)

Profesional	Especificaciones	Nº	Pto año/ profesional	Total anual programa
Psiquiatra	JC ; L-V; 1T	1	42.510,00	42.510,00
Psicólogo/a Clínico/a	JC; L-V; 1T	1	42.510,00	42.510,00
Enfermero/a- U alojamiento temporal	JC ; L-V ; 1T	1	23.750,00	23.750,00
*Cuidador/a- U alojamiento temporal	JC; L-D; 3T	18	17.865,78	321.584,04
Educador U alojamiento temporal	JC; L-V; 1T	1	23.117,06	23.117,06
Cuidadores/as refuerzo centros	JC; L-V;1T	10	16.597,72	165.977,20
TOTAL				619.448,30

JC: Jornada Completa / L-V: Lunes a Viernes / L-D: Lunes a Domingo / T: Turno

*CUIDADORES/AS ALOJAMIENTO TEMPORAL:

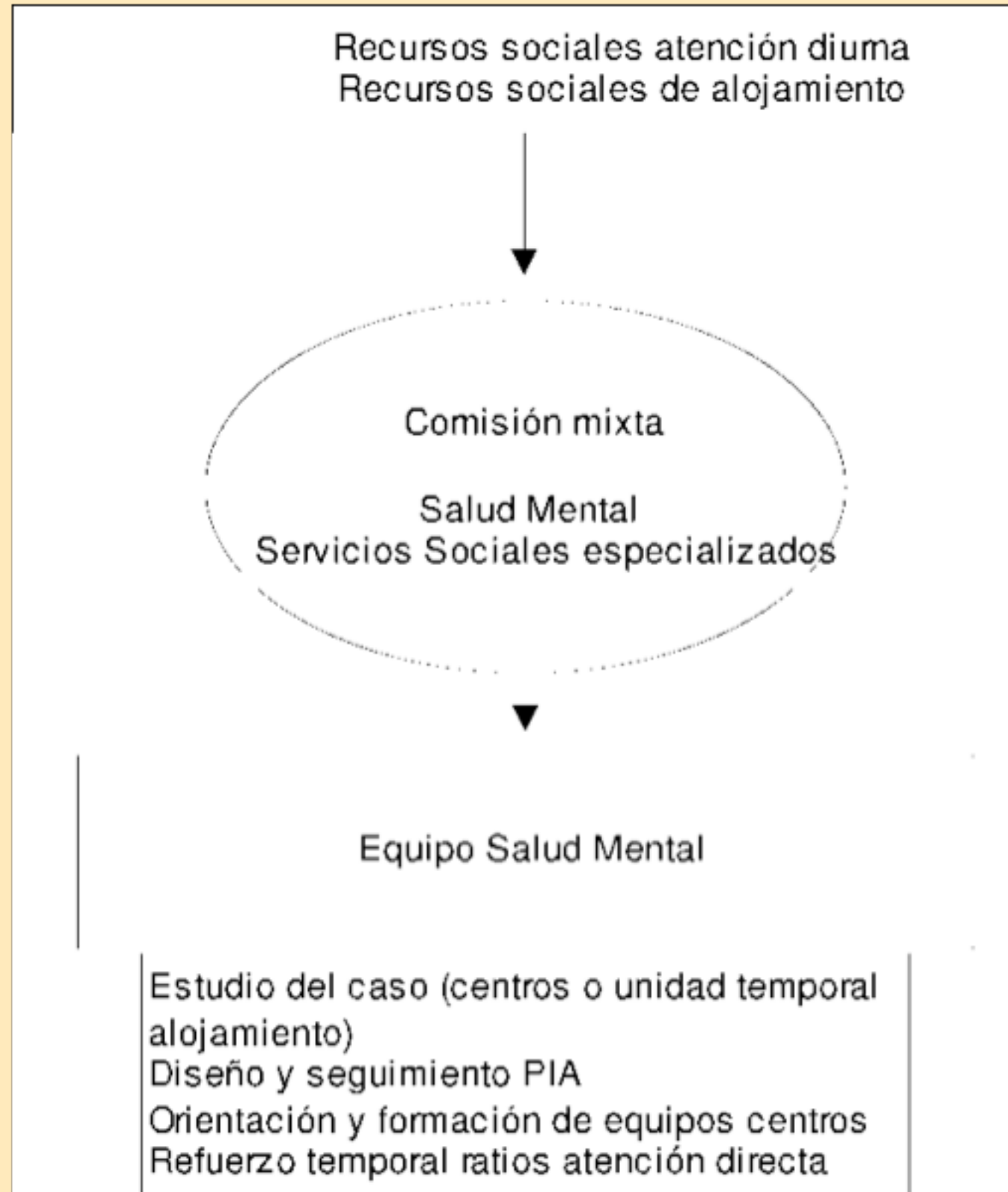
Turno de mañana y tarde: Ratio 1 cuidador para cada 2 usuarios. Se necesitarían 5 cuidadores para el turno de mañana y 5 para el de la tarde.

Turno de noche: 2 cuidadores para 10 usuarios

Presupuesto inversión modulo alojamiento temporal

Adecuación del módulo	310.000,00 €
Equipamiento	34.210,00 €
Total presupuestado	963.658,30 euros

7. REPRESENTACIÓN GRÁFICA



8. EVALUACIÓN

Indicadores

- Casos solicitantes de inclusión en el subproceso (nº y % total usuarios centros)
- Casos incluidos en el subproceso (nº y % total usuarios centros)
- Casos reincluidos en el subproceso (nº y % total usuarios programa)
- Casos valorados en la unidad de alojamiento temporal (nº y % total casos incluidos en el subproceso)
- Casos retornados al centro de origen (nº y % total casos incluidos en el subproceso)
- Tiempo estancia medio en el subproceso (total, unidad de alojamiento, apoyo a centros).
- Nº sesiones asesoramiento/apoyo a los equipos de los centros
- Nº horas refuerzo/caso en centros para generalización del PIA
- Nº de interconsultas equipos de salud mental
- Nº sesiones formativas equipos de salud mental
- Nº familias asesoradas

Estrategias complementarias de evaluación:

- Recogida de opinión, mediante cuestionario, sobre cumplimiento objetivos del programa a profesionales de centros, profesionales de salud mental y familias.
- Recogida de opinión, mediante técnicas cualitativas, sobre oportunidades de mejora y propuestas.

FICHA DE INVENTARIO DE PROCESO
ATENCIÓN A PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA
CON NECESIDADES DE APOYO INTENSO

CLAVE 5.1.5

DEFINICIÓN

La atención a personas en situación de dependencia con necesidades de apoyo intenso se dirige a proporcionar valoración, diagnóstico y un plan individualizado de intervención a las personas usuarias de los centros de la red de recursos sociales especializados, que bien por sus características personales o situacionales, precisan temporalmente de apoyos de mayor intensidad a los habituales, de cara a favorecer su adaptación y bienestar.

LÍMITE INICIAL: Personas en situación de dependencia usuarias de centros de la red de servicios sociales especializados que cumplan estos dos criterios:

- c) Personas en situación de dependencia con importantes alteraciones comportamentales que impliquen riesgo bien para sí mismas (autoagresión) o para el entorno (heteroagresión).
- d) Haber sido objeto de evaluación e intervención por parte de otros equipos profesionales (el propio centro y equipo de referencia de salud mental) sin éxito o mejora, incluyendo un informe técnico que explice las intervenciones y resultados obtenidos.

LÍMITE FINAL: Establecimiento del alta en el proceso por parte del Equipo de Salud Mental encargado del mismo.

RESPONSABLE: Comisión sociosanitaria compuesta por Profesionales de Salud Mental y Profesionales de Servicios Sociales Especializados.

DESTINATARIO Y EXPECTATIVAS

- **Personas en situación de dependencia con necesidades de apoyo intenso:** plan individualizado de atención. Permanecer integrado en las redes existentes. Mejorar su nivel conductual y psicoafectivo.

- **Personas en situación de dependencia usuarias de los centros de servicios sociales especializados:** Minimizar los riesgos que puede implicar la convivencia con personas que presentan habitualmente importantes alteraciones; Contar con entornos de intervención organizados evitando el desajuste que implica la atención intensiva que requieren los casos de compleja intervención.

- **Profesionales centros de la red de recursos sociales especializados:** Aumentar el conocimiento sobre las necesidades de intervención de las personas en situación de dependencia con enfermedad mental; Contar con asesoramiento especializado que permita una intervención más específica y cualificada en los casos de gran complejidad. Profesionales de salud mental: Aumentar el conocimiento sobre las necesidades de intervención de las personas en situación de dependencia con enfermedad mental.

- **Familias cuidadoras:** Aumentar el conocimiento sobre las necesidades de intervención de las personas en situación de dependencia con enfermedad mental; Contar con asesoramiento especializado que permita una mejor convivencia familiar.

ACTIVIDADES

Estudio individualizado del caso (valoración, el diagnóstico y el diseño del plan individualizado de intervención). Asesoramiento y formación a los equipos de los centros para que éstos puedan generalizar en el propio contexto el plan individualizado de atención (PIA) propuesto y /o desarrollado.

Refuerzo temporal de la ratio de atención directa para facilitar la generalización del PIA. Asesoramiento a equipos de salud mental en casos de diagnóstico dual. Formación de los equipos de salud mental.

Asesoramiento a familias cuidadoras.

INDICADORES PRINCIPALES

- Casos solicitantes de inclusión en el subproceso (nº y % total usuarios centros)
- Casos incluidos en el subproceso (nº y % total usuarios centros)
- Casos reincluidos en el subproceso (nº y % total usuarios)
- Casos valorados en la unidad de alojamiento temporal (nº y % total casos incluidos en el subproceso)
- Casos retornados al centro de origen (nº y % total casos incluidos en el subproceso)
- Tiempo estancia medio en el subproceso (total, unidad de alojamiento, apoyo a centros).
- Nº sesiones asesoramiento/apoyo a los equipos de los centros
- Nº horas refuerzo/caso en centros para generalización del PIA
- Nº de interconsultas equipos de salud mental
- Nº sesiones formativas equipos de salud mental
- Nº familias asesoradas

OPORTUNIDADES DE MEJORA

CRÍTICO

SITUACIÓN

FECHA DE REVISIÓN

ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES
PROMOCIÓN DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO

Índice

1. DEFINICIÓN
2. LÍMITES
3. RESPONSABLE
4. DESTINATARIOS Y EXPECTATIVAS
5. OBJETIVOS Y ACTIVIDADES
6. RECURSOS NECESARIOS
7. REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL PROCESO
8. EVALUACIÓN
9. FICHA DE INVENTARIO DEL PROCESO

1. DEFINICIÓN

El envejecimiento activo es el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen.

El envejecimiento activo se aplica tanto a los individuos como a los grupos de población. Permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia.

El término «activo» hace referencia a una participación continua en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, no sólo a la capacidad para estar físicamente activo o participar en la mano de obra. El término «Salud» se refiere al bienestar físico, mental y social expresado por la OMS en su definición de salud.

El planteamiento del envejecimiento activo se basa en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas mayores y en los Principios de las Naciones Unidas de independencia, participación, dignidad, asistencia y realización de los propios deseos.

La misión de este subproceso está orientada a conocer los principios del envejecimiento activo, prevenir enfermedades y/o diagnosticar precozmente su aparición, así como conocer y utilizar recursos de apoyo y participación social.

2. LÍMITES

Límite inicial:

Personas mayores de 65 años

Límite final:

Establecimiento en la persona mayor de 65 años de una situación de gran dependencia que no le permita realizar las actividades del proceso.

Fallecimiento de la persona mayor de 65 años.

3. RESPONSABLE

Profesionales de Salud.

Profesionales de Servicios Sociales.

El perfil del responsable global del subproceso es el de un profesional de salud que desarrolle su trabajo en el ámbito de los cuidados, la prevención y la educación para la salud. Este perfil lo cumple el profesional de enfermería de Atención Primaria.

4. DESTINATARIOS Y EXPECTATIVAS

Personas mayores

- Conocer los principios del envejecimiento activo.
- Prevenir enfermedades y/o diagnosticar precozmente su aparición.
- Conocer y utilizar recursos de apoyo y participación social.
- Disponer de recursos económicos para una vejez autónoma.

Persona cuidadora mayor

- Disminuir el impacto del cuidado sobre su salud.
- Conocer los principios del envejecimiento activo de la persona cuidada.

5. OBJETIVOS Y ACTIVIDADES

Relacionados con el entorno Personal

Objetivo 1. Relacionados con el entorno Personal **Objetivo1. Conocer los principios del envejecimiento activo, referidos a: relaciones sociales, ocio, accidentes, salud (alimentación, actividad, sueño, etc) y sexualidad.**

Actividades

1.1. Realizar información / formación para el envejecimiento activo, a nivel individual y grupal, pudiendo utilizar como material didáctico las monografías sobre Envejecimiento y Calidad de Vida y como método participativo el Taller.

Quien lo realiza: Profesionales de Salud y Servicios Sociales.

Lugar de realización: Centros de Salud, Hospitales, Centros Sociales de Personas Mayores, Residencias de Personas Mayores, Centros de Día de Personas Mayores.

Objetivo 2. Realizar una prevención de la aparición de enfermedades y un diagnóstico precoz de las mismas, si estas aparecieran.

Actividades

2.1. Vacunar a las personas mayores de 65 años con las vacunas incluidas en el Calendario Oficial de Vacunaciones del Principado de Asturias:

- Vacunar de la Gripe.
- Vacunar del Tétanos.
- Vacunar de la Hepatitis B a grupos de riesgo.

Quien lo realiza: Profesionales de Salud.

Lugar de realización: Centros de Salud.

2.2. Realizar las actividades preventivas y de diagnóstico precoz, incluidas en la Cartera de Servicios de Atención Primaria, que afecten a las personas mayores de 65 años:

- Prevención de Enfermedades Cardiovasculares.
- Prevención y Detección de problemas en el anciano.

Quien lo realiza: Profesionales de Salud.

Lugar de realización: Centros de Salud.

Objetivo 3. Realizar una prevención de la aparición de enfermedades y un diagnóstico precoz de las mismas, si estas aparecieran.

Actividades

3.1. Incluir a las personas mayores en los programas de Participación Social, integración en la Comunidad y Ocio.

Quien lo realiza: Profesionales de Servicios Sociales.

Lugar de realización: Centros Sociales de Personas Mayores

Relacionados con el entorno Doméstico

Objetivo 4. Mejorar la accesibilidad en el domicilio, para evitar accidentes y facilitar la adaptación al entorno.

Actividades

4.1. Realizar un análisis de riesgos arquitectónicos en el hogar de la persona mayor.

4.2. Potenciar las Ayudas Individuales a Personas Mayores para la adaptación del hogar.

Quien lo realiza: Profesionales de Salud y Servicios Sociales.

Lugar de realización: Domicilio.

Objetivo 5. Evitar la aparición de problemas relacionados con el cuidar, en las personas mayores que cuidan a otras personas mayores.

Actividades

5.1. Incluir a las personas cuidadoras en los talleres de Atención a las Personas Cuidadoras desarrollados en Atención Primaria.

5.2. Identificar en la historia clínica de cada persona cuidadora principal esta condición y en la historia clínica del paciente el nombre de la persona cuidadora. Se agilizarán todos los trámites que la persona cuidadora realice en el Centro de Salud.

Quien lo realiza: Profesionales de Salud.

Lugar de realización: Atención Primaria.

5.3. Potenciar el Servicio de Ayuda a Domicilio como complemento a la actuación de la persona cuidadora.

Quien lo realiza: Profesionales de Servicios Sociales.

Lugar de realización: Servicios Sociales Comunitarios.

Objetivo 6. Disponer de recursos económicos suficientes para afrontar el proceso de envejecimiento activo.

Actividades

6.1. Garantizar la información y el acceso al Salario Social Básico a las Personas Mayores.

Quien lo realiza: Profesionales de Servicios Sociales y Salud.

Lugar de realización: Servicios Sociales Comunitarios.

Relacionados con el entorno Comunitario

Objetivo 7. Tener instalaciones adecuadas para la actividad física y el deporte de las personas mayores.

Actividades

7.1. Implantar en los espacios deportivos municipales programas de ejercicio físico para las personas mayores.

Quien lo realiza: Ayuntamientos.

Lugar de realización: Polideportivos municipales.

Objetivo 8. Eliminar las barreras arquitectónicas en la comunidad, para evitar accidentes y facilitar la adaptación al entorno.

Actividades

8.1. Potenciar las convocatorias de subvenciones para eliminar las barreras arquitectónicas en los espacios públicos y edificios de la administración.

Quien lo realiza: Administraciones Autonómica y Local.
Lugar de realización: Comunidad.

Objetivo 9. Estimular la participación de las personas mayores en los ámbitos sociales y de salud.

Actividades

9.1. Estimular la participación de las personas mayores en los aspectos asociativos y culturales: Movimientos asociativos e instituciones culturales.

Quien lo realiza: Administraciones Autonómica y Local.
Lugar de realización: Comunidad.

9.2. Estar presente las personas mayores en los órganos de participación Locales y Autonómicos generales: Consejos Municipales y Consejo de Personas Mayores Autonómico.

Quien lo realiza: Administraciones Autonómica y Local.
Lugar de realización: Comunidad.

9.3. Tener representación de pleno derecho de las personas mayores en los órganos de participación sanitarios: Consejos Municipales de Salud y Consejos de Salud de Zona Básica y de Área sanitaria.

Quien lo realiza: Administraciones de Salud y Servicios Sociales.
Lugar de realización: Ayuntamientos y Áreas Sanitarias.

6. RECURSOS NECESARIOS

Instituciones

- Administración Autonómica
 - Consejería de Salud y Servicios Sanitario
 - Consejería de Vivienda y Bienestar Social
- Administración Local
 - Ayuntamientos

Profesionales

Profesionales de Salud.
Profesionales de Servicios Sociales.

Programas

Programas de la Consejería de Salud y Bienestar Social.
Programas del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

- Programas de Cartera de Servicios de Atención Primaria.
- Programas de Cartera de Servicio de Atención Especializada.

Programas de la Viceconsejería de Bienestar Social.

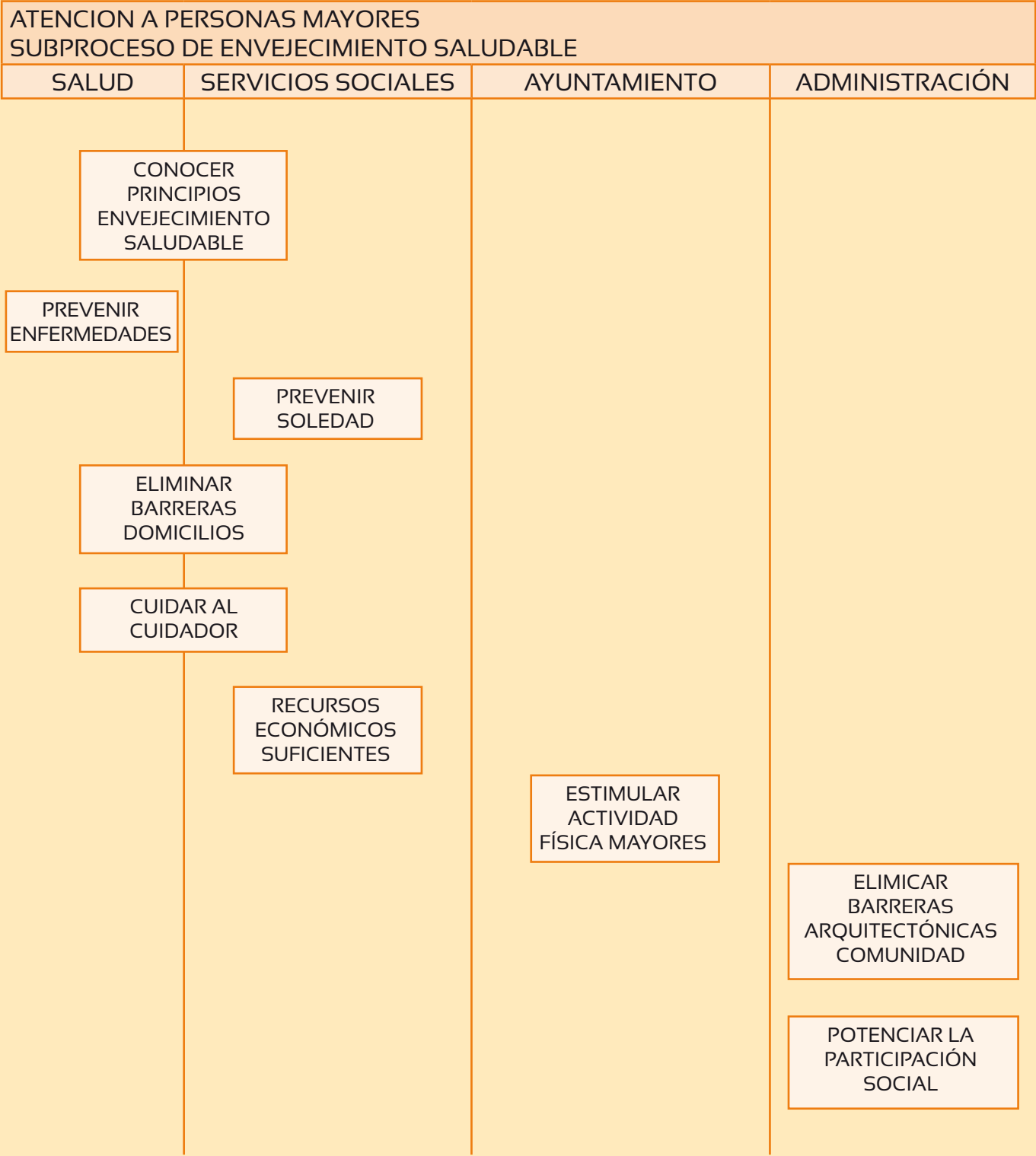
Financiación

Recursos humanos: inicialmente desarrollarán el subproceso los profesionales que ya trabajan en salud y en servicios sociales. Posteriormente y en función del despliegue del subproceso se debería revisar la necesidad de incrementar el número de profesionales.

Recursos materiales: las necesidades materiales se estiman en 4.500 euros destinado a la edición del material formativo, siempre en función de que las actividades docentes en forma de taller se canalicen mediante el IAAP Adolfo Posada.

Total presupuestado: 4.500 euros

7. REPRESENTACIÓN GRÁFICA



8. EVALUACIÓN

Indicadores nivel 1

- 1. -Nº de talleres de Envejecimiento Activo realizados.
- 2. % de personas mayores de 65 años vacunadas.
- 3. -% de personas mayores de 65 años incluidas en el programa de Prevención y Detección de problemas en el anciano.
- 4. -% de personas mayores de 65 años incluidas en el programa de Participación Social e Integración en la Comunidad.
- 5. -% de personas mayores de 65 años incluidas en el programa de Ocio.
- 6. -Cuantía anual del las Ayudas Individuales a Personas Mayores para la adaptación del hogar.
- 7. -% de personas, identificadas como personas cuidadoras, incluidas en los talleres de Atención a las Personas Cuidadoras desarrollados en Atención Primaria.
- 8. -% de ayuntamientos que tienen implantados en los espacios deportivos municipales programas de ejercicio físico para las personas mayores.
- 9. -% de ayuntamientos que tienen programas de eliminación de las barreras arquitectónicas en los espacios públicos y edificios.
- 10. -% de ayuntamientos que tiene instaurados Consejos Municipales de Salud en los que están representadas personas mayores.
- 11. -% de Áreas Sanitarias que tiene instaurados Consejos de Salud de Zona Básica y de Área Sanitaria en los que están representadas personas mayores.

Indicadores nivel 2

- 12. -% de personas mayores de 65 años vacunada de gripe.
- 13. -% de personas mayores de 65 años vacunada de tétanos.
- 14. -% de personas mayores de 65 años vacunada de Hepatitis B.
- 15. -% de personas mayores de 65 años incluidas en el programa de Prevención de Enfermedades Cardiovasculares.
- 16. -Nº de domicilios en los que residen personas mayores de 65 años analizados para valorar riesgos arquitectónicos.
- 17. -Nº de personas identificadas en la historia clínica de Atención Primaria como persona cuidadora principal de una persona mayor.
- 18. -% de personas cuidadoras que tiene apoyo del Servicio de Ayuda a Domicilio como complemento a su actuación cuidadora.
- 19. -Cuantía anual, en euros, del Salario Social Básico para personas mayores.
- 20. -Cuantía anual, en euros, de las Ayudas Individuales a Personas Mayores.
- 21. -% de Consejerías que tienen programas de eliminación de las barreras arquitectónicas en los edificios.

FICHA DE INVENTARIO DE PROCESO
ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES. PROMOCIÓN DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO
CLAVE 5.4.1

DEFINICIÓN
Envejecimiento activo es la condición que, en su sentido más amplio, permite a las personas de edad satisfacer sus expectativas personales y cubrir las exigencias que le impone el medio donde viven
LÍMITE INICIAL: Personas mayores de 65 años. LÍMITE FINAL: Establecimiento en la persona mayor de 65 años de una situación de gran dependencia que no le permita realizar las actividades del proceso. Fallecimiento de la persona mayor de 65 años.
RESPONSABLE: El perfil del responsable global del subproceso es el de un profesional de salud que desarrolle su trabajo en el ámbito de los cuidados, la prevención y la educación para la salud. Este perfil lo cumple el profesional de enfermería de Atención Primaria.
DESTINATARIO Y EXPECTATIVAS
- Personas mayores: Conocer los principios del envejecimiento activo; Prevenir enfermedades y/o diagnosticar precozmente su aparición; Conocer y utilizar recursos de apoyo y participación social; Disponer de recursos económicos para una vejez autónoma. - Persona cuidadora mayor: Disminuir el impacto del cuidado sobre su salud; Conocer los principios del envejecimiento activo de la persona cuidada.
ACTIVIDADES
Realizar información / formación para el envejecimiento activo; Vacunar; Realizar actividades preventivas y de diagnóstico precoz; Incluir en programas de participación social y ocio; Analizar los riesgos arquitectónicos del hogar y potenciar ayudas para su eliminación; Identificar a las personas cuidadoras e incluirlas en talleres de atención; Potenciar las ayudas económicas para las personas mayores; potenciar al actividad física; eliminar barreras arquitectónicas en la comunidad.
INDICADORES PRINCIPALES
1. -Nº de talleres de Envejecimiento Activo realizados. 2.-% de personas mayores de 65 años vacunadas. 3.-% de personas mayores de 65 años incluidas en el programa de Prevención y Detección de problemas en el anciano. 4.-% de personas mayores de 65 años incluidas en el programa de Participación Social e Integración en la Comunidad. 5.-% de personas mayores de 65 años incluidas en el programa de Ocio. 6.-Cuantía anual de las Ayudas Individuales a Personas Mayores para la adaptación del hogar. 7.-% de personas, identificadas como personas cuidadoras, incluidas en los talleres de Atención a las Personas Cuidadoras desarrollados en Atención Primaria. 8. -% de ayuntamientos que tienen implantados en los espacios deportivos municipales programas de ejercicio físico para las personas mayores. 9.-% de ayuntamientos que tienen programas de eliminación de las barreras arquitectónicas en los espacios públicos y edificios. 10.-% de ayuntamientos que tiene instaurados Consejos Municipales de Salud en los que están representadas personas mayores. 11.-% de Áreas Sanitarias que tiene instaurados Consejos de Salud de Zona Básica y de Área Sanitaria en los que están representadas personas mayores.
OPORTUNIDADES DE MEJORA
CRÍTICO
SITUACIÓN
FECHA DE REVISIÓN

ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA EN RECURSOS DE ATENCIÓN DIURNA

Índice

1. DEFINICIÓN
2. LÍMITES
3. RESPONSABLE
4. DESTINATARIOS Y EXPECTATIVAS
5. OBJETIVOS Y ACTIVIDADES
6. RECURSOS NECESARIOS
7. REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL PROCESO
8. EVALUACIÓN
9. FICHA DE INVENTARIO DEL PROCESO

1. DEFINICIÓN

La Atención a las Personas Mayores en situación de dependencia en Recursos de Atención Diurna es la atención individualizada a las necesidades básicas, terapéuticas y sociales de la persona.

Esta atención se presta mayoritariamente, aunque no exclusivamente, en los Centros de Día / Rural de Apoyo Diurno para Personas Mayores en situación de dependencia que son centros gerontológicos socioterapéuticos de apoyo a la familia que durante el día prestan una atención individualizada a las necesidades básicas, terapéuticas y sociales de las personas mayores en situación de dependencia, promoviendo su autonomía y una permanencia adecuada en su entorno habitual.

Los objetivos de los programas que se desarrollan son:

• OBJETIVO GENERAL:

Mejorar la calidad de vida tanto de la familia cuidadora como de la persona mayor, a través de una intervención dirigida por una parte a proporcionar una atención integral a la persona mayor en situación de dependencia y por otra ofrecer el necesario apoyo a la familia para posibilitar una permanencia adecuada del mayor en su entorno habitual.

• OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Dirigidos a la persona mayor en situación de dependencia:

- Favorecer la permanencia en el medio habitual de la persona mayor en situación de dependencia, mejorando su calidad de vida.
- Proporcionar atención integral a las personas mayores en situación de dependencia de un modo individualizado, según sus necesidades.

- Dirigidos a la familia cuidadora:

- Proporcionar tiempo libre y descanso.
- Proporcionar orientación y asesoramiento cualificado.

- Dirigidos a los cuidadores profesionales:

- Proporcionar, desde la formación continua, conocimientos, habilidades y actitudes que aseguren la dispensación de una atención integral cualificada.

2. LÍMITES

Límite inicial:

Persona mayor que acude a un Centros de Día / Rural de Apoyo Diurno para Personas Mayores Dependientes

Límite final:

Persona mayor en alojamiento residencial temporal o definitivo.
Abandono del recurso.

3. RESPONSABLE

Director/a del Centro de Día / Rural de Apoyo Diurno, del cual depende el Equipo Multidisciplinar (E.M.)

4. DESTINATARIOS Y EXPECTATIVAS

Personas mayores en situación de dependencia

- Recuperar y/o mantener el mayor grado de independencia posible.
- Retrasar o prevenir el incremento de la dependencia a través de la potenciación y rehabilitación de sus capacidades cognitivas, funcionales y sociales.
- Desarrollo de la autoestima y del estado psicoafectivo más adecuado.
- Evitar o retrasar institucionalizaciones no deseadas.

Familiar/Persona cuidadora

- Proporcionar tiempo libre y descanso.
- Dotar de conocimientos, habilidades y desarrollar actitudes que contribuyan a una mejora de la calidad de los cuidados dispensados a la persona mayor en situación de dependencia.
- Proporcionar orientación y asesoramiento.
- Desarrollar habilidades que permitan reducir el estrés, así como mejorar el estado psicofísico de las personas cuidadoras.
- Prevenir los conflictos familiares relacionados con el rol de cuidadores.
- Reducir el riesgo de claudicación en las personas cuidadoras.
- Favorecer la colaboración de la familia en el centro

Cuidadores Profesionales

- Proporcionar, desde la formación continua, conocimientos, habilidades y actitudes que aseguren una atención integral cualificada.
- Reducir el estrés desarrollando estrategias para su prevención.
- Favorecer un clima social propicio, posibilitador de sentimientos de satisfacción laboral

5. OBJETIVOS Y ACTIVIDADES

Objetivo 1. Asistencia en las actividades de la Vida Diaria

Actividades

- 1.1. Transporte
- 1.2. Manutención
- 1.3. Asistencia en las actividades básicas de la vida diaria (AVDB)

Objetivo 2. Programas de Intervención Terapéutica Actividades

Actividades

- 2.1. Terapias funcionales (gerontogimnasia, Psicomotricidad, entrenamiento en las AVD, etc.).
- 2.2. Terapias cognitivas (orientación a la realidad, Psicoestimulación cognitiva, etc.).
- 2.3. Terapias socializadoras (ergoterapia, ludoterapia, musicoterapia, etc.).
- 2.4. Terapias psicoafectivas (terapia de reminiscencias, grupos terapéuticos).

Objetivo 3. Programas de Atención Sanitaria

Actividades

- 3.1. Programa de alimentación y nutrición.
- 3.2. Programa de aseo e higiene.

- 3.3. Programa de control de esfínteres.
- 3.4. Programa de prevención de caídas

Objetivo 4. Programas de intervención con familias

Actividades

- 4.1. Servicio de información y orientación.
- 4.2. Asesoramiento individualizado interdisciplinar.
- 4.3. Grupos psicoeducativos.
- 4.4. Grupos de autoayuda

Objetivo 5. Programas de intervención ambiental

Actividades

- 5.1. Espacio físico y arquitectónico adaptado a las necesidades del usuario (accesible, adaptado, orientador, seguro, confortable, equipado adecuadamente y con una buena estimulación sensorial).
- 5.2. Ambiente social adecuado (formación continua de los profesionales, metodología de trabajo interdisciplinar, etc.).

Objetivo 6. Programas de formación a los cuidadores profesionales

Actividades

- 6.1. Módulo de temas básicos (ética, trabajo en equipo, etc.).
- 6.2. Módulo de Intervención y procesos terapéuticos.
- 6.3. Módulo de temas clínicos.
- 6.4. Módulo de temas de cuidados.

6. RECURSOS NECESARIOS

Profesionales

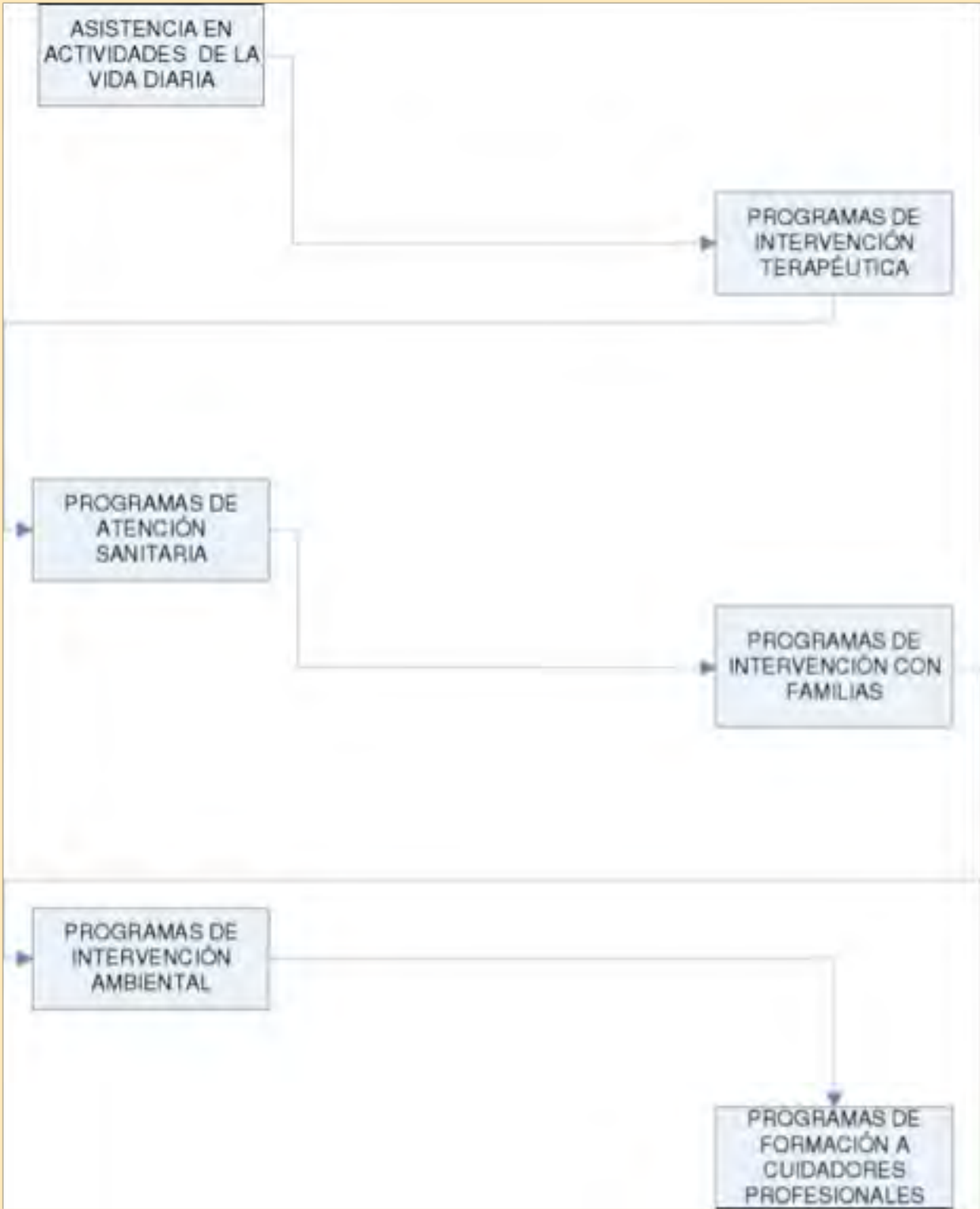
Profesionales de Centros de Día / Rural de Apoyo Diurno para Personas Mayores Dependientes. Profesionales de Equipos de Atención Primaria de Salud: Un/a enfermero/a (a ser posible siempre la misma persona) procedente del Centro de Salud más cercano al recurso, con un tiempo diario, en función del número de usuarios.

Cuantificación Económica

Ir  en función de la disponibilidad del personal de enfermería de cada Centro de Salud. En la mayoría de los casos se espera que, con una buena planificación, el coste sería cero.

7. REPRESENTACIÓN GRÁFICA

ATENCION A PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES
EN RECURSOS DE ATENCIÓN DIURNA



8. EVALUACIÓN

- 1. Cómputo total anual y promedio semanal de usuarios en los distintos programas de intervención terapéutica.
- 2. Cómputo total anual y promedio semanal de programas de intervención con familiares.
- 3. Cómputo total anual de formación a profesionales.
- 4. Número y tipología de las reuniones Interdisciplinarias.
- 5. Evaluación de la evolución de los usuarios con las escalas o instrumentos validados correspondientes.
- 6. Valoración anual en escalas para familiares.
- 7. Valoración anual en escalas para usuarios

FICHA DE INVENTARIO DE PROCESO
ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA EN RECURSOS DE ATENCIÓN DIURNA

CLAVE 5.4.3

DEFINICIÓN

La Atención a las Personas Mayores en situación de dependencia en Recursos de Atención Diurna es la atención individualizada que durante el día abarca las necesidades básicas, terapéuticas y sociales de las personas mayores en situación de dependencia, promoviendo su autonomía y una permanencia adecuada en su entorno habitual

LÍMITE INICIAL: Persona mayor que acude a un Centros de Día / Rural de Apoyo Diurno para Personas Mayores en situación de dependencia.

LÍMITE FINAL: Persona mayor en alojamiento residencial temporal o definitivo. Abandono del recurso.

RESPONSABLE: Director/a del Centro de Día / Rural de Apoyo Diurno, del cual depende el Equipo Multidisciplinar (E.M.).

DESTINATARIO Y EXPECTATIVAS

- **Personas mayores en situación de dependencia:** recuperar o mantener el mayor grado de independencia posible; desarrollo de la autoestima; evitar o retrasar institucionalizaciones.

- **Familiares/Personas cuidadoras:** tiempo libre y descanso; conocimientos y habilidades en la mejora de los cuidados; reducir claudicación; prevenir conflictos; favorecer colaboración familiar.

- **Cuidadores profesionales:** conocimientos y habilidades de cuidados; reducir estrés; favorecer clima laboral.

ACTIVIDADES

Asistencia en las AVD, Programas de Intervención Terapéutica (terapias funcionales, cognitivas, socializadoras, psicoafectivas), Programas de Atención Sanitaria (Alimentación y nutrición, aseo e higiene, control de esfínteres, prevención de caídas), Programas de Intervención con Familias (información, orientación, grupos psicoeducativos y de autoayuda), Programas de Intervención Ambiental y Programas de Formación a los cuidadores profesionales.

INDICADORES PRINCIPALES

OPORTUNIDADES DE MEJORA

CRÍTICO

SITUACIÓN

FECHA DE REVISIÓN

PROCEDIMIENTO OPERATIVO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA
EN CENTROS DE DIA/RURALES DE APOYO PARA PERSONAS MAYORES
EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

Índice

- 1. DEFINICIÓN
- 2. LÍMITES
- 3. RESPONSABLE
- 4. OBJETIVOS Y ACTIVIDADES
- 5. RECURSOS NECESARIOS

1. DEFINICIÓN

La atención de enfermería dentro de este recurso social intermedio, sería la base de los cuidados de salud y por lo tanto uno de los pilares de los servicios terapéuticos (con la Terapia Ocupacional, Atención Social y Psicológica), que junto con la atención a las necesidades básicas de las personas mayores en situación de dependencia, tienen la tarea de promover la autonomía y mejora de la calidad de vida de éstas y de sus personas cuidadoras, posibilitando una permanencia adecuada en su entorno habitual.

2. LÍMITES

Limite inicial:

Persona mayor que acude a un Centros de Día / Rural de Apoyo Diurno para Personas Mayores Dependientes.

Limite final:

Persona mayor en alojamiento residencial temporal o definitivo.

Abandono del recurso.

3. RESPONSABLE

Enfermero/a del equipo de Atención Primaria de la Zona Básica de Salud en la que se ubica el Centro de Día / Rural de Apoyo.

4. OBJETIVOS Y ACTIVIDADES

Relacionados con las competencias laborales propias de su categoría, dentro del EM

Objetivo 1. Valoración Inicial de los Usuarios.

Actividades

- 1.1. Elaboración de los diagnósticos de enfermería.
- 1.2. Prescripción del Plan de Cuidados de Enfermería.

Objetivo 2. Participación en el diseño y desarrollo del Programa de Intervención Individual (PII).

Actividades

- 2.1. Reuniones programadas del EM
- 2.2. Reuniones del EM ante requerimientos de necesidades puntuales de usuarios y/o familiares

Objetivo 3. Seguimiento de los usuarios

Actividades

- 3.1. Registro de la evolución en los modelos estandarizados

Objetivo 4. Colaboración en el asesoramiento e información a los familiares

Actividades

- 4.1. Proporcionar información general y básica a los familiares, en cuestiones relacionadas con

los cuidados de enfermería a las personas mayores, así como pautas individualizadas.

4.2. Participación en los grupos psicoeducativos destinados a proporcionar a la familia cuidado-
ra una formación desde una perspectiva interdisciplinar.

Objetivo 5. Colaboración en el programa de Formación de Cuidadores Profesionales.

Actividades

- Situaciones de urgencia y primeros auxilios.
- 5.2. Cuidados y programas de enfermería.
- 5.3. Pautas terapéuticas para la autonomía personal en las AVD.

Relacionados con la Atención Básica de Enfermería

Objetivo 6. Disminuir las complicaciones y secuelas de patologías previas.

Actividades

- 6.1. Preparar medicación y supervisar su correcta administración.
- 6.2. Educar a las familias en cuidados básicos.
- 6.3. Atención a signos y síntomas de alarma.
- 6.4. Potenciar el autocuidado en los usuarios

Objetivo 7. Prevención en la aparición de enfermedades y diagnóstico precoz de las mismas.

Actividades

- 7.1. Vacunar a las personas mayores de 65 años con las vacunas incluidas en el Calendario Ofi-
cial de Vacunaciones del Principado de Asturias:
 - Vacunar de la Gripe.
 - Vacunar del Tétanos.
 - Vacunar de la Hepatitis B a grupos de riesgo.
- 7.2. Realizar las actividades preventivas y de diagnóstico precoz, incluidas en la Cartera de Ser-
vicios de Atención Primaria, que afecten a las personas mayores:
 - Prevención de Enfermedades Cardiovasculares.
 - Prevención y Detección de problemas en el anciano.

Objetivo 8. Dispensación de cuidados básicos de enfermería.

Actividades

- Curas.
- 8.2. Inyectables (insulinas, antibióticos, anticoagulantes, etc.) gotas, medicación oral, tópica,...
- 8.3. Controles rutinarios de glucemia, TA, Ta, F.C., EKG, etc., según patologías y/o prescripción
médica

Objetivo 9. Dar continuidad a los cuidados de enfermería posteriores a la estancia en el CD.

Actividades

- 9.1. Colaboración con los Centros de Salud (incluso con Hospitales en caso de urgencia)
- 9.2. Información recíproca familia/enfermera, sobre controles rutinarios de constantes, gluce-
mias, evolución de curas, etc.

Relacionados con los Programas de Atención Sanitaria en CDPMD

**Objetivo 10. Programa de alimentación para prevenir problemas derivados de una deficiente
nutrición y/o hidratación.**

Actividades

- 10.1. Valoración del estado nutricional y de hidratación del usuario.
- 10.2. Pauta de dieta adecuada.
- 10.3. Horarios, cantidades y líquidos que precisa para una correcta hidratación.
- 10.4. Asesoramiento y educación a usuario y familia.

Objetivo 11. Programa de Aseo e Higiene.

Actividades

- 11.1. Valoración de posibles factores causales del déficit de autocuidado.
- 11.2. Pautas de baño o ducha y frecuencia de las mismas.
- 11.3. Supervisión del correcto aseo diario.
- 11.4. Pautas de correcto aseo bucal.
- 11.5. Pautas de cuidado de uñas.
- 11.6. Pautas de cuidado de cabello.

Objetivo 12. Programa de Control de Esfínteres.

Actividades

- 12.1. Valoración de las posibles causas de la incontinencia
- 12.2. Hidratación adecuada.
- 12.3. Nutrición adecuada.
- 12.4. Promoción de la movilidad.
- 12.5. Reeducación de esfínteres.
- 12.6. Pautas en el patrón de eliminación
- 12.7. Pautas de los cambios de absorbentes de incontinencia.
- 12.8. Valoración y cuidados de la piel.

Objetivo 13. Programa de Prevención de Caídas.

Actividades

- 13.1. Valoración del riesgo de caídas e identificación de potenciales factores.
- 13.2. Pautas de actividades físicas para mejorar la estabilidad.
- 13.3. Formación a usuarios, familiares y cuidadores profesionales sobre las medidas preventivas
y actuaciones tras una caída.

5. RECURSOS NECESARIOS

Profesionales

Profesionales de Salud: Un/a enfermero/a (a ser posible siempre la misma persona) proceden-
te del Centro de Salud más cercano al recurso, con un tiempo diario, en función del número de
usuarios.

Cuantificación Económica

Irá en función de la disponibilidad del personal de enfermería de cada Centro de Salud. En la
mayoría de los casos se espera que, con una buena planificación, el coste sería cero.

ALOJAMIENTO CON APOYO PARA PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL SEVERO

Índice

1. DEFINICIÓN
2. LÍMITES
3. RESPONSABLE
4. DESTINATARIOS Y EXPECTATIVAS
5. OBJETIVOS Y ACTIVIDADES
6. RECURSOS NECESARIOS
7. REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL PROCESO
8. EVALUACIÓN
9. FICHA DE INVENTARIO DEL PROCESO

1. DEFINICIÓN

Gestión de alojamientos con diferentes grados de apoyo para personas con trastorno mental severo que, carentes de soportes sociales familiares o informales, tienen posibilidades ciertas de vida fuera de ámbitos institucionalizados.

Tres dimensiones intervienen en la definición de los trastornos mentales severos (TMS): el Diagnóstico, la Discapacidad y la Duración.

Por tanto, el TMS incluye a aquellas personas que, como consecuencia de la enfermedad que padecen, presentan un deterioro en sus capacidades y en el funcionamiento psicosocial, lo que les acarrea serias dificultades en el desarrollo autónomo en la comunidad y por tanto en su integración social.

En el proceso terapéutico, la institucionalización es un factor claramente limitante de las posibilidades de recuperación funcional integral, mientras que la atención comunitaria y, en particular, el mantenimiento de la persona con enfermedad mental grave y prolongada en un entorno familiar y social normal, constituye un factor de mejora clínica así como de optimización de las capacidades de funcionamiento personal.

La disposición de una red de alojamientos con diferentes grados de apoyo, unido a un adecuado control terapéutico de la sintomatología y a la realización de otras actividades de rehabilitación, contribuye, por un lado, a promover opciones de vida autónoma para las personas enfermas y, por otro, a mejorar la calidad de vida y la convivencia en las familias donde alguno de sus integrantes padece una enfermedad mental grave.

2. LÍMITES

Limite inicial:

Personas adultas, incluidas en el Programa de Trastorno Mental Severo de los Servicios de Salud Mental, que necesitan y se pueden beneficiar de diferentes grados de apoyo para alojamiento.

Limite final:

Se habrá asegurado una cobertura estable de las necesidades de apoyo para cada persona y unidad de alojamiento.

3. RESPONSABLE

La referencia de responsabilidad de gestión directa del proceso deberá recaer en una persona

con el siguiente perfil de formación básica, conocimientos específicos y habilidades:

a) Formación básica:

- Titulación superior o media en el campo de las ciencias de la salud o de las disciplinas relacionadas con intervención social.

b) Formación específica:

- Diferentes cursos de postgrado en gestión de servicios y programas sociales o sanitarios
- Conocimientos específicos y experiencia profesional:
- Conceptualización del concepto del espacio de intervención socio-sanitario.
- Conocimiento específico y manejo del concepto y de la metodología de identificación y abordaje de la exclusión social en salud y del riesgo de exclusión social en salud.
- Conocimiento y manejo del marco conceptual y metodológico del modelo de atención comunitaria.
- Conocimiento y manejo de la gestión de programas y procesos.
- Gestión de servicios, programas y procesos sanitarios y sociales.
- Formación especializada en el campo de la atención a la salud mental.

c) Experiencia y habilidades:

- Trabajo en gestión de servicios y programas de atención a la salud mental en el ámbito de la atención comunitaria y la rehabilitación psicosocial.
- Experiencia en coordinación de servicios y programas de atención a las personas.
- Experiencia en manejo de relaciones entre equipos y personas de diferentes ámbitos y niveles de intervención.

Institucionalmente, las agencias responsables del proceso deberán ser:

- FASAD (Dirección General de Atención a Personas Mayores, Discapacitados y Personas Dependientes).
- Unidad de Coordinación de Salud Mental (SESPA).

4. DESTINATARIOS Y EXPECTATIVAS

Destinatarios:

En general, las personas beneficiarias del programa, serán personas con trastorno mental severo, debiendo contemplarse los siguientes aspectos:

- Diagnóstico psicopatológico (según entidades contempladas en el Programa de Trastorno Mental Severo del Servicio de Salud).
- Nivel de gravedad clínica (Escala de Impresión Clínica Global).
- Nivel de discapacidad (escala de Discapacidad Eje II de la CIE 10).
- Necesidades de Cuidados.
- Situación y condiciones del entorno familiar y socioeconómico.

Salvo el diagnóstico psicopatológico, el resto de variables deberán ser objeto de intervención -en el marco del Plan Terapéutico Individual- a lo largo del proceso, siendo las que determinan el grado de apoyo y supervisión requeridos.

La mayor parte de los planes de atención a la salud mental estiman las necesidades de alojamiento -para diferentes grados de apoyo o supervisión- en valores aproximados a 14±3 plazas por cada 100 mil habitantes.

Por lo tanto, para Asturias, el número de plazas sería de 150 aproximadamente.

Expectativas según objetivos generales del proceso:

Personas con nivel de dependencia mejorable:

- Desarrollar capacidades de relación social y autonomía personal.
- Disponer de recursos propios para vivir con independencia.

- Prevenir secuelas y consolidación de sintomatología clínica.
- Conocer, manejar y utilizar los recursos de apoyo y participación social.

Personas con nivel de dependencia estable:

- Maximizar sus posibilidades de vida socialmente activa.
- Disponer cobertura adecuada en seguridad y protección social.
- Minimizar el riesgo de exclusión social y de deterioro de su situación de salud.

Familias donde conviven personas con TMS (aquellas que, por diferentes circunstancias, precisan apoyo puntual o temporal para alojamiento de la persona en situación de dependencia:

- Mejorar la calidad de vida y la convivencia de las unidades familiares en las que convive una persona con algún grado de dependencia debido a TMS.

5. OBJETIVOS Y ACTIVIDADES

Objetivo General

Favorecer la permanencia y la participación de las personas beneficiarias en la vida social, potenciando al máximo su autonomía personal y funcionalidad social.

Objetivos Específicos

1. Favorecer la organización y estructuración de la vida cotidiana de las personas beneficiarias.
2. Potenciar el desarrollo y fortalecimiento de hábitos básicos.
3. Favorecer la capacidad de gestión individual de las relaciones interpersonales.
4. Mejorar la calidad de la convivencia en el entorno familiar.

Actividades

- Establecer y difundir los protocolos de utilización de la prestación.
- Identificar, evaluar y realizar la selección para la inclusión en el programa de las personas potencialmente beneficiarias.
- Identificar, evaluar y precisar necesidades y objetivos para cada persona y unidad de alojamiento.
- Realizar, por parte de los Servicios de Salud Mental, el seguimiento y las actividades terapéuticas definidas en el PTI.
- Realizar las tareas de apoyo social y supervisión adecuadas a cada unidad de alojamiento.
- Facilitar el acceso a recursos y programas complementarios de rehabilitación psicosocial y de inclusión sociolaboral a todas las personas incluidas en el programa de alojamiento.
- Realizar el seguimiento y evaluación para cada persona y unidad de alojamiento.

6. RECURSOS NECESARIOS

Recursos necesarios: (Se contemplan recursos complementarios de los actuales)

6.1. Procesos de gestión y de apoyo:

Constitución de un órgano de coordinación interinstitucional para la planificación, el seguimiento y la evaluación del programa.

Refuerzo de las estructuras centrales de gestión operativa del programa (FASAD principalmente y Unidad de Coordinación de Salud Mental). Refuerzo de los sistemas de coordinación entre servicios sociales y sanitarios en las áreas sanitarias.

Gestión de asistencia técnica y mantenimiento de las unidades de alojamiento.

6.2. Recursos para la ejecución directa:

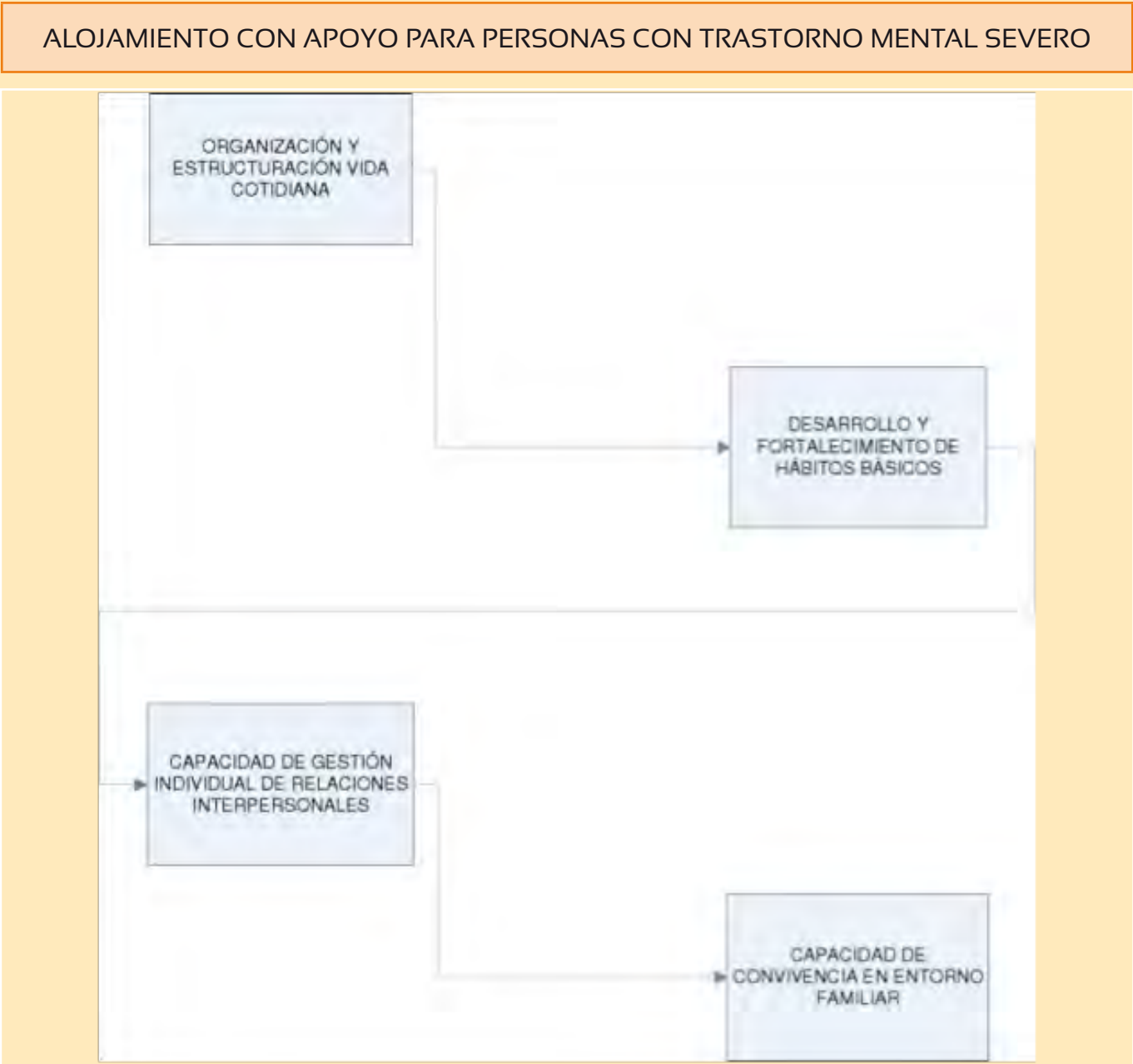
Disponibilidad de alojamientos adecuados en todos los ámbitos territoriales de gestión de pro-

gramas y recursos sociales y sanitarios, según la siguiente aproximación cuantitativa:

Area Sanitaria	Número de plazas	Unidades de Alojamiento
I; II; VI	9±2	3 (x3)
VII; VIII	12±2	4 (x2)
III	20 ±2	6
IV; V	40±2	12 (x2)
Totales	151 ±10	45±5

Personal para la supervisión y el apoyo activo a la inclusión social de las personas beneficiarias (educación social, trabajo social, ayuda en domicilio):550.000 euros/año
Refuerzo de los equipos de tratamiento comunitario en los
Servicios de Salud Mental:.....350.000 euros/año
Mantenimiento de alojamientos:180.000 euros/año
Total presupuestado1.080.000 euros/año

7. REPRESENTACIÓN GRÁFICA



8. EVALUACIÓN

- % de unidades/plazas de alojamiento desarrolladas sobre total previsto.
- % de personas incluidas en la acción sobre total de personas potencialmente beneficiarias del mismo.
- % de personas que consolidan situación de vida con diferentes grados de autonomía (según objetivos previos): a los seis meses; al año; a los tres años.
- % de abandono del programa según causas y momento del proceso de inclusión: seis meses, un año, tres años.

FICHA DE INVENTARIO DE PROCESO
ALOJAMIENTO CON APOYO PARA PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL SEVERO CLAVE
CLAVE 5.6.2

DEFINICIÓN
Gestión de alojamientos con diferentes grados de apoyo para personas con trastorno mental severo que, carentes de soportes sociales familiares o informales, tienen posibilidades ciertas de vida fuera de ámbitos institucionalizados.
LÍMITE INICIAL: Personas adultas, incluidas en el Programa de Trastorno Mental Severo de los Servicios de Salud Mental, que necesitan y se pueden beneficiar de diferentes grados de apoyo para alojamiento. LÍMITE FINAL: Se habrá asegurado una cobertura estable de las necesidades de apoyo para cada persona y unidad de alojamiento.
RESPONSABLE: La referencia de responsabilidad de gestión directa del proceso deberá recaer en una persona con el perfil de formación básica, conocimientos específicos y experiencia relacionados con la naturaleza del proceso. Institucionalmente, las agencias responsables del proceso deberán ser: FASAD (Dirección General de Personas Mayores, Discapacitados y Personas Dependientes. Unidad de Coordinación de Salud Mental (SESPA).
DESTINATARIO Y EXPECTATIVAS
- Personas con nivel de dependencia mejorable: capacidades de relación social y autonomía personal. Disponer de recursos propios para vivir con independencia. Prevenir secuelas y consolidación de sintomatología clínica. Conocer, manejar y utilizar los recursos de apoyo y participación social. - Personas con nivel de dependencia estable: Maximizar sus posibilidades de vida socialmente activa. Disponer cobertura adecuada en seguridad y protección social. Minimizar el riesgo de exclusión social y de deterioro de su situación de salud. - Familias donde conviven personas con TMS n nivel de dependencia estable: Mejorar la calidad de vida y la convivencia de las unidades familiares en las que convive una persona con algún grado de dependencia debido a TMS.
ACTIVIDADES
Establecer y difundir los protocolos de utilización de la prestación. Identificar, evaluar y realizar la selección para la inclusión en el programa de las personas potencialmente beneficiarias. Identificar, evaluar y precisar necesidades y objetivos para cada persona y unidad de alojamiento. Realizar, por parte de los Servicios de Salud Mental, el seguimiento y las actividades terapéuticas definidas en el PTI. Realizar las tareas de apoyo social y supervisión adecuadas a cada unidad de alojamiento. Facilitar el acceso a recursos y programas complementarios de rehabilitación psicosocial y de inclusión sociolaboral a todas las personas incluidas en el programa de alojamiento. Realizar el seguimiento y evaluación para cada persona y unidad de alojamiento.
INDICADORES PRINCIPALES
• % de unidades/plazas de alojamiento desarrolladas sobre total previsto. • % de personas incluidas en la acción sobre total de personas potencialmente beneficiarias del mismo. • % de personas que consolidan situación de vida con diferentes grados de autonomía (según objetivos previos): a los seis meses; al año; a los tres años. • % de abandono del programa según causas y momento del proceso de inclusión: seis meses, un año, tres años.
OPORTUNIDADES DE MEJORA
CRÍTICO
SITUACIÓN
FECHA DE REVISIÓN

ALOJAMIENTO CON APOYO PARA
PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL SEVERO

Índice

1. DEFINICIÓN
2. LÍMITES
3. RESPONSABLE
4. DESTINATARIOS Y EXPECTATIVAS
5. OBJETIVOS Y ACTIVIDADES
6. RECURSOS NECESARIOS
7. REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL PROCESO
8. EVALUACIÓN
9. FICHA DE INVENTARIO DEL PROCESO

1. DEFINICIÓN
Las personas sin techo se caracterizan por las siguientes variables: indigentes en lo económico, sin vivienda, con patologías sanitarias múltiples ligadas a su forma de vida, tendentes a la cronicidad, desvinculadas familiarmente, asilados en lo relacional, con bajo acceso a la cultura y ala educación, con un aprendizaje social insuficiente, con inexperiencia laboral o relación laboral precaria y temporal.

Son personas que no comparten los valores de las instituciones prestadores, que tienen una representación simbólica de sus condiciones de vida diferente -que no se ajustan a las condiciones y límites de los llamados “recursos formales”.

- Este es un fenómeno en transformación:
- Aumenta el número de personas “sin hogar”, aunque disminuya la rotación.
 - Disminuye la edad media, mas jóvenes la mayor parte de la población sin hogar (42,8% del total) tiene entre 30 y 44años, seguida del grupo de edad entre 18 a 29 años (29,9%) y los que tienen de 45 a 64años (24,6%). Los mayores de 65 años son una minoría (2,8%).
 - Se observa presencia de un número significativo de enfermos crónicos (somáticos y psíquicos) en condiciones de marginación dentro de este colectivo.
 - Aumento del número de mujeres (las que existen deterioradas y cronificadas en mayor medida que los varones de la misma muestra, suelen tener un diagnóstico de alcoholismo o toxicomanía unido a situaciones personales altamente desestructuradas). el 82,7% de varones frente al 17,3% de mujeres,
 - Cobra importancia, por las dificultades de manejo la presencia de enfermos mentales crónicos que utilizan los recursos de transeúntes.
 - Aumenta el número de politoxicómanos jóvenes.
 - Aumenta el número de inmigrantes.
 - Aumento el número de gente excarcelada y procedente de instituciones que alcanzaron la mayoría o con dificultades de incorporación social.

Es un grupo especialmente vulnerable cuya forma de vida tiene un importante impacto en salud (patologías respiratorias, consumo de tóxicos desestructuración personal y problemas de salud mental psiquiátricas...), pero sobre todo por las dificultades de acceso, adherencia y continuidad de cuidados sanitarios, lo que favorece un deterioro creciente de estas personas.

Este programa tendrá un carácter experimental; es una experiencia piloto que se generalizará al resto del Principado de Asturias una vez evaluada su pertinencia.

Mediante este proceso se pretende ayudar a las personas sin techo a construir la demanda, mejorar su adherencia a los tratamientos y su vinculación con los profesionales con los que se relacionan así como llegar a cubrir sus necesidades básicas de atención sociosanitaria.

SITUACION EN GIJÓN

Conjunto de servicios de la red condicionada por la presencia de personas de la propia ciudad y toxico dependientes que interroga sobre la adherencia y la toma a cargo de los si los servicios de la red publica socio sanitaria. Los dos albergues muy similares y no existen criterios de complementariedad Mecanismos de coordinación en marcha, pero con dificultades, (oficina).

No existe un sistema de información adecuado, se dispone de información detallada de perfiles, pero grandes dificultades para la identificación de usuarios, que se confunden con atenciones y estas a su vez mezclan, algunas de poca intensidad (restauración, higiene) con alojamiento, intervenciones de apoyo profesional, con información y con contactos de baja exigencia de reducción de riesgo socio-sanitario , existen problemas derivados del derecho a la intimidad de los usuarios y de la metodología de trabajo utilizada en los centros de baja exigencia y de dificultades de gestión de sistemas de información complejos que nos permitan identificar usuarios , prevalencia y frecuentación.

Los servicios implicados

- Albergue Covadonga (albergue (54 plazas), piso de inserción y taller Ocupacional) (ONGs).
- Cocina económica (Comedor, Albergue Piso de inserción y taller Ocupacional) (ONGs).
- Centro de encuentro y acogida, centro de baja exigencia Municipal.
- Centro de DIA de la Fundación Siloé.

Gijón tiene además una importante red de pensiones y hostales “baratos”. Los datos analizados sitúan en torno a 790 los usuarios atendidos en alojamiento rotativo de los cuales 230 son de Asturias y viven en las ciudades centrales de Asturias de manera circular.

La encuesta de INE situaba los sin techo radicados en Asturias en torno a los 250.

La población objeto de la intervención la estimaríamos entornos los 300, 350.

La implantación del Salario Social Básico, puede suponer una oportunidad de acercamiento a esta población y a aproximarse mejor al conocimiento, identificación y cuantificación de la misma. Pero es imprescindible establecer mecanismos de corrección en el sistema de recogida de información.

2. LÍMITES

Limite inicial:

Usuarios de los dispositivos de baja exigencia Y atención a personas sin techo en el municipio de Gijón.

Limite final:

Normalización de la situación de exclusión.
Adherencia a las intervenciones profesionales.

3. RESPONSABLE

Se formará una comisión de coordinación formada por profesionales de los sistemas abajo reñados y la responsabilidad del proceso recaerá en la persona en quién la comisión delegue dicha función.

Profesionales de Atención Primaria.
Profesionales de Salud Mental.
Profesionales de la U.T.T.
Profesionales de Servicios Sociales.
Profesionales de los dispositivos de atención a personas sin techo.

4. DESTINATARIOS Y EXPECTATIVAS

Personas sin techo en riesgo de exclusión social

- Tener cubiertas sus necesidades básicas (las expresadas según su percepción de su salud) de atención sociosanitaria.
- Cubrir las necesidades reales de atención sociosanitaria

Profesionales del ámbito sociosanitario

- Conocer las necesidades específicas de esta población.
- Mejorar sus habilidades para trabajar con las personas sin techo en riesgo de exclusión

5. OBJETIVOS Y ACTIVIDADES

Objetivo 1. Cubrir las necesidades básicas expresadas de atención sociosanitaria.

Actividades

1.1. Detectar, mediante entrevista a las personas usuarias de los dispositivos para personas sin techo en el municipio de Gijón, las necesidades en el campo sociosanitario.

Quien lo realiza: Profesionales de los dispositivos de atención a personas sin techo.

Lugar de realización: Albergue de Gijón, Cocina económica, oficina del transeúnte.

1.2. Establecer protocolos de actuación para cubrir las necesidades detectadas

Quien lo realiza: Profesionales de Atención primaria. Profesionales de los dispositivos de atención a personas sin techo. Profesionales de Salud Mental. Profesionales de la U.T.T., Profesionales de Servicios Sociales.

Lugar de realización: Centros de Salud. U.T.T.s. Centros de Servicios Sociales. Albergue de Gijón, piso de indomiciliados de Cáritas, Cocina económica, oficina del transeúnte.

Objetivo 2. Cubrir las necesidades reales de atención sociosanitaria de las personas sin techo.

Actividades

2.1. Detectar las necesidades de atención sociosanitaria de las personas usuarias de los dispositivos para personas sin techo en el municipio de Gijón.

Quien lo realiza: Profesionales de Atención primaria. Profesionales de los dispositivos de atención a personas sin techo. Profesionales de Salud Mental. Profesionales de la U.T.T. Profesionales de Servicios Sociales.

Lugar de realización: Centros de Salud. U.T.T.s. Centros de Servicios Sociales. Albergue de Gijón, piso de indomiciliados de Cáritas, Cocina económica, oficina del transeúnte.

2.2. Realizar un proyecto individualizado de atención sociosanitaria de las personas usuarias de los dispositivos para personas sin techo en el municipio de Gijón.

Quien lo realiza: Profesionales de Atención primaria. Profesionales de los dispositivos de atención a personas sin techo. Profesionales de Salud Mental. Profesionales de la U.T.T. Profesionales de Servicios Sociales.

Lugar de realización: Centros de Salud. U.T.T.s. Centros de Servicios Sociales. Albergue de Gijón, piso de indomiciliados de Cáritas, Cocina económica, oficina del transeúnte.

Objetivo 3. Apoyar a estas personas para construir la demanda.

Actividades

3.1. A partir de los datos disponibles sobre las necesidades reales Sociosanitarias de la población sin techo y de las necesidades expresadas por estas personas establecer actuaciones de apoyo y acompañamiento para hacer accesibles los recursos y para apoyarles en la toma de decisiones sobre las prioridades de atención.

Quien lo realiza: Profesionales de los dispositivos de atención a personas sin techo. Profesionales de Atención primaria. Profesionales de Salud Mental. Profesionales de la U.T.T. Profesionales de Servicios Sociales.

Lugar de realización: Centros de Salud. U.T.T.s. Centros de Servicios Sociales. Albergue de Gijón, piso de indomiciliados de Cáritas, Cocina económica, oficina del transeúnte.

Objetivo 4. Atender las necesidades de las personas sin techo.

Actividades

4.1. Consensuar criterios de baja exigencia como punto de partida para garantizar la vinculación de las personas sin techo con los profesionales designados para atenderlos.

Quien lo realiza: Profesionales de los dispositivos de atención a personas sin techo. Profesionales de Atención primaria. Profesionales de Salud Mental. Profesionales de la U.T.T. Profesionales de Servicios Sociales.

Lugar de realización: Centros de Salud. U.T.T.s. Centros de Servicios Sociales. Albergue de Gijón, piso de indomiciliados de Cáritas, Cocina económica, oficina del transeúnte

Objetivo 5. Mejorar las habilidades de manejo de situaciones con las personas sin techo, de los profesionales de los ámbitos sanitario y social.

Actividades

5.1. Establecer los contenidos necesarios para mejorar las habilidades de manejo de situaciones de los profesionales que van a estar en contacto con las personas sin techo

Quien lo realiza: Expertos en la materia.

Lugar de realización: I.A.A.P.

Objetivo 6. Objetivo 6. Mejorar los conocimientos de los profesionales que trabajan con las personas sin techo sobre sus necesidades Sociosanitarias.

Actividades

6.1. Diseñar un programa de formación dirigido a los profesionales que van a estar en contacto con las personas sin techo para mejorar sus conocimientos sobre las necesidades específicas de esta población.

Quien lo realiza: Expertos en la materia.

Lugar de realización: I.A.A.P.

6. RECURSOS NECESARIOS

Instituciones

- Administración Autonómica
 - Consejería de Salud y Servicios Sanitario
 - Consejería de Vivienda y Bienestar Social
- Administración Local
 - Ayuntamientos
- Entidades sin ánimo de lucro

Profesionales

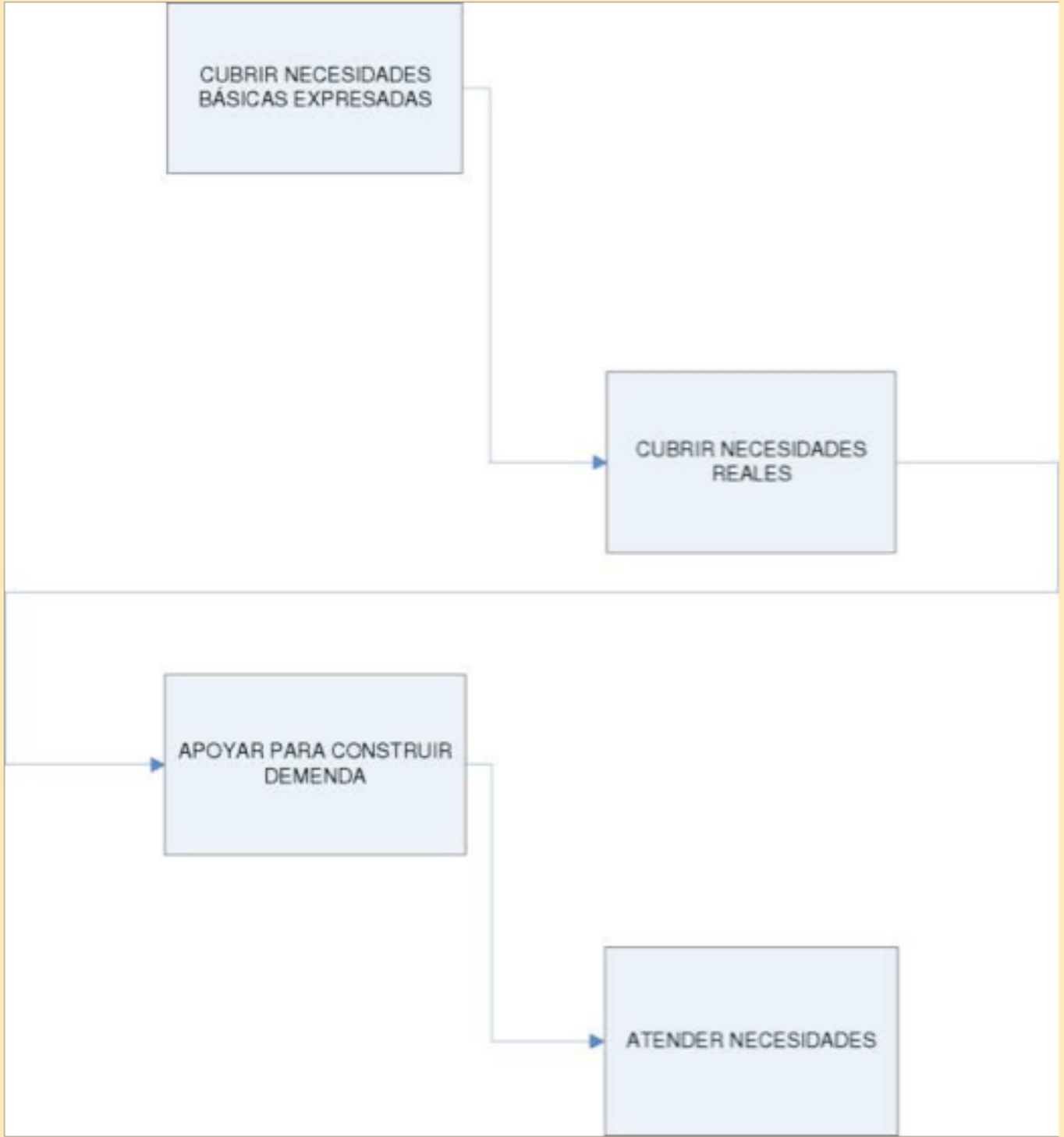
Profesionales de Salud.
Profesionales de Servicios Sociales.
Profesionales de las Entidades sin ánimo de lucro

Financiación

Recursos humanos: inicialmente desarrollarán el subproceso los profesionales que ya trabajan en salud y en servicios sociales. Posteriormente y en función del despliegue del subproceso se debería revisar la necesidad de incrementar el número de profesionales.

7. REPRESENTACIÓN GRÁFICA

ATENCIÓN SOCIO SANITARIA A PERSONAS EN RIESGO DE EXCLUSIÓN SOCIAL: PERSONAS SIN TECHO



8. EVALUACIÓN

Indicadores nivel 1

- 1. % de personas sin techo entrevistadas para detectar sus necesidades de atención socio-sanitaria.
- 2. % de tipos de necesidades atención sociosanitaria expresadas.
- 3. de tipos de demandas atención sociosanitaria realizadas.
- 4. de proyectos de atención sociosanitaria individuales realizados.
- 5. de intervenciones realizadas por profesional implicado.
- 6. % de intervenciones realizadas por institución implicada.
- 7. de intervenciones realizadas por el tipo de intervención.
- 8. de intervenciones de apoyo a la construcción de la demanda realizadas.
- 9. de personas sin techo vinculadas con cada profesional.
- 10. N° de programas de formación realizados.
- 11. % de profesionales de cada ámbito que acuden a la formación.

Indicadores nivel 2

- 12. % de personas sin techo que mantienen el seguimiento del programa.
- 13. % de profesionales que se mantienen vinculados al programa.

FICHA DE INVENTARIO DE PROCESO
ATENCIÓN SOCIO SANITARIA A PERSONAS EN RIESGO DE EXCLUSIÓN SOCIAL:
PERSONAS SIN TECHO

CLAVE 5.7.6

DEFINICIÓN

Ofrecer atención sociosanitaria a personas sin techo en riesgo de exclusión social, mediante el trabajo en red de los profesionales de los recursos normalizados con los que atienden específicamente a esta población.

LÍMITE INICIAL: Usuarios de los dispositivos de atención a transeúntes que están funcionando en el municipio de Gijón.

LÍMITE FINAL: Normalización de la situación de exclusión. Adherencia a las intervenciones profesionales.

RESPONSABLE: Comisión de coordinación formada por profesionales de los sistemas abajo reseñados y la responsabilidad del proceso recaerá en la persona en quién la comisión delegue dicha función.

DESTINATARIO Y EXPECTATIVAS

- Población transeúnte del Municipio de Gijón.
 - Tener cubiertas sus necesidades básicas de atención sociosanitaria
- Profesionales de la red pública sociosanitaria.
 - Conocer las necesidades específicas de esta población.
 - Mejorar sus habilidades para trabajar con los sin techo en riesgo de exclusión.

ACTIVIDADES

Detectar las necesidades de atención sociosanitaria de las personas sin techo en riesgo de exclusión. Establecer medidas de apoyo para construir la demanda de estas personas.

Usando criterios de baja exigencia iniciar la vinculación con los profesionales designados para atender las necesidades de estas personas.

Diseñar un programa de formación dirigido a profesionales de los distintos ámbitos para mejorar las habilidades de manejo de situaciones y conocer las necesidades específicas de esta población..

INDICADORES PRINCIPALES

- 1. % de personas sin techo entrevistadas para detectar sus necesidades de atención sociosanitaria.
- 2. % de tipos de necesidades atención sociosanitaria expresadas.
- 3. % de tipos de demandas atención sociosanitaria realizadas.
- 4. % de proyectos de atención sociosanitaria individuales realizados.
- 5. % de intervenciones realizadas por profesional implicado.
- 6. % de intervenciones realizadas por institución implicada.
- 7. % de intervenciones realizadas por el tipo de intervención.
- 8. % de intervenciones de apoyo a la construcción de la demanda realizadas.
- 9. % de personas sin techo vinculadas con cada profesional.
- 10. N° de programas de formación realizados.
- 11. % de profesionales de cada ámbito que acuden a la formación.
- 12. % de personas sin techo que mantienen el seguimiento del programa.
- 13. % de profesionales que se mantienen vinculados al programa.

OPORTUNIDADES DE MEJORA

CRÍTICO

SITUACIÓN

FECHA DE REVISIÓN



GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS
CONSEJERIA DE SANIDAD