



PLAN SOCIOSANITARIO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS 2019-2021

Informe de evaluación final

Comisión Técnica de Coordinación Sociosanitaria



GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS
CONSEJERÍA DE DERECHOS SOCIALES Y BIENESTAR



GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS
CONSEJERÍA DE SALUD

Índice

Índice.....	2
Resumen ejecutivo.....	4
Capítulo I: Introducción.....	8
Premisas de partida.....	12
Metodología.....	12
Capítulo II: Resultados obtenidos.....	14
Línea estratégica 1: Actuaciones en colectivos diana.....	14
1.1. Atención a personas mayores frágiles.....	14
1.2. Atención a personas en situación de dependencia o diversidad funcional.....	20
1.3. Atención a personas con trastorno mental grave/severo.....	27
1.4. Atención a personas en riesgo de exclusión social.....	32
1.5. Atención a personas menores de edad con alta vulnerabilidad.....	36
1.6. Atención a personas que sufren violencia o maltrato.....	38
1.7. Atención a personas al final de la vida.....	41
1.8. Atención a personas vulnerables con problemas de salud oral.....	43
1.9. Atención a personas con enfermedades neurodegenerativas, neuromusculares, poco frecuentes y de difícil clasificación con alta dependencia.....	44
Línea estratégica 2: Sistema de información y comunicación sociosanitario.....	47
2.1. Desarrollo de la historia social electrónica.....	47
2.2. Integración de historia clínica e historia social.....	48
Línea estratégica 3: Actuaciones de apoyo interinstitucional entre servicios sociales y sanitarios.....	49
3.1. Atención farmacéutica en centros residenciales públicos de personas mayores ..	49
3.2. Sistemas de aprovisionamiento de material sanitario y de hostelería.....	51
3.3. Uso compartido de tecnologías, servicios y dispositivos.....	52
Línea estratégica 4: Sensibilización profesional, formación y transferencia de conocimiento entre servicios sociales y sanitarios.....	54
4.1. Sensibilización social y difusión del plan sociosanitario.....	54
4.2. Formación continuada.....	55
4.3. Transferencia del conocimiento.....	56
4.4. Espacio ético sociosanitario.....	59
Línea estratégica 5: Estructuras de apoyo al plan sociosanitario.....	62

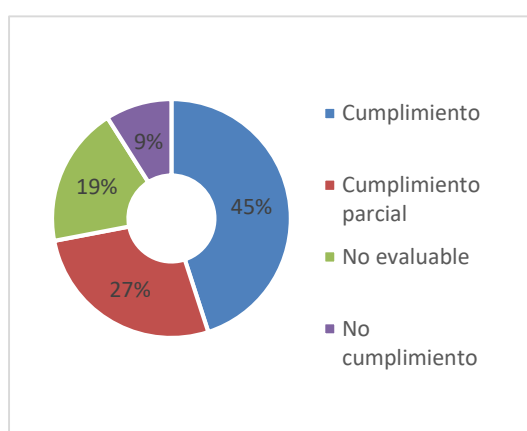
5.1. Creación y puesta en marcha de estructuras de coordinación.....	62
5.2. Coordinación con el tercer sector	64
Capítulo III: Impacto de la gestión de la pandemia por la Covid19 en la coordinación sociosanitaria.....	66
Capítulo IV: Conclusiones y recomendaciones	79
ANEXOS	86
Anexo 1. Grado de cumplimiento de los indicadores de monitorización	87
Anexo 2: Propuestas de mejora de los grupos de trabajo	92
Anexo 3: Protocolo de Actuación en la Unidad Residencial de Convalecencia del Área V	94
Anexo 4: Plan de Formación Sociosanitaria para el periodo 2021-2023	110
Anexo 5: Proyectos innovadores con impacto en la atención sociosanitaria en el Principado de Asturias	111
BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES DOCUMENTALES.....	128

Resumen ejecutivo

El presente informe presenta los resultados de la evaluación final del Plan Sociosanitario (2019-2021)¹ al haber éste finalizado su periodo de vigencia. El presente documento tiene por objeto recoger y analizar las evidencias en la implementación del plan como base para el establecimiento de conclusiones que orienten el diseño del II Plan Sociosanitario del Principado de Asturias, así como documentar el impacto de la gestión de la pandemia por la COVID19 en la coordinación sociosanitaria.

Para su elaboración se ha procedido a revisar y analizar la información disponible, recopilar información adicional y a realizar un análisis cuantitativo y cualitativo del cumplimiento de los indicadores de monitorización.

El plan cuenta con 112 indicadores de tipo cuantitativo y cualitativo. Centrándonos específicamente en los resultados obtenidos el **análisis cuantitativo** efectuado se extrae que se han realizado 51 (45%), se cumplieron parcialmente 30 (27%), 21 se consideran no evaluables por la ausencia de datos para su análisis (falta de registros específicos, limitaciones en los sistemas de información que impiden su explotación, etc.) y 10 no se han realizado (9%).



En relación al análisis cualitativo del cumplimiento de acciones cabe destacar:

Dentro de la **Línea 1: Actuaciones con colectivos diana** en relación a la **atención a personas mayores frágiles**, pese a las limitaciones en la actividad impuestas por la pandemia COVID19 se han realizado o cumplido parcialmente diversas medidas como la implantación de la estrategia ESTRENA, la participación en redes europeas, la puesta en marcha de la unidad de convalecencia en el CPR La Mixta o la elaboración de protocolos coordinados de cuidados.

Respeto a la **atención a personas en situación de dependencia o diversidad funcional** se han llevado a cabo trabajos para el desarrollo de protocolos de coordinación salud-ss.ss (transversal para todos los colectivos diana), suministro de necesidades de material o la organización de consultas planificadas, siendo necesario dar continuidad a estas acciones. Así mismo se han llevado a actividades formativas, pero no se ha podido implementar un sistema coordinado social y sanitario de orientación a cuidadores familiares.

Por otro lado, es preciso apoyar la puesta en marcha de programas de prevención para evitar situaciones de dependencia o reducir las limitaciones derivadas de la misma, así como retomar las acciones previstas para desarrollar recursos de alojamiento temporal especialmente

¹ <https://www.socialasturias.es/plansociosanitario>

en el caso de las personas menores de 50 años con necesidades sociosanitarias a las que los dispositivos actuales no pueden dar respuesta.

En cuanto a la **atención a personas con trastorno mental grave/severo** se han creado nuevas plazas psicogerítricas, alcanzando las 190 pero la lista de espera se sitúa en 151. Respecto a la atención a personas residentes en centros del ERA se ha venido trabajando para el establecimiento de protocolos de atención coordinada en el grupo de trabajo sociosanitario

En este punto se señala la necesidad de desarrollar dispositivos que se adapten a las necesidades de alojamiento de personas jóvenes con problemas de Salud Mental, que no encajan en otros recursos, protocolizar la atención a personas residentes del ERA, la cumplimentación de informes o el acceso a plazas normalizadas, entre otras propuestas.

Respecto a la **atención a personas en riesgo de exclusión social** no es posible obtener datos totales que permitan estimar el acceso a recursos de baja exigencia, ni tampoco los casos complejos de SSB en los que se realizó coordinación Sociosanitaria, ni el número de personas sometidas a medida judicial que participan en programas de inserción. Por otro lado, mediante la creación de un grupo de trabajo con el CP Villabona se ha comenzado a trabajar en la definición de mecanismos de coordinación y la cartera de servicios asistenciales.

En relación a la **atención a personas menores de edad con alta vulnerabilidad** se publicó e implantó en todos los centros de acogimiento residencial de menores el libro “Menús saludables” y el 25% del personal ha sido formado, se ha trabajado en el desarrollo de un protocolo de coordinación UAIT, pediatría y servicios de rehabilitación.

Respecto a la atención a menores con problemas de salud mental es necesario retomar las medidas propuestas revitalizando los grupos de trabajo previstos.

En cuanto a la **atención a personas que sufren violencia y maltrato** se elaboró e implantó el Protocolo sociosanitario para la promoción del buen trato y para la detección e intervención ante el maltrato a personas mayores y se ha difundido la Guía de Actuación ante situaciones de maltrato infantil y el Protocolo Sanitario para mejorar la atención a las mujeres que sufren violencia de género en Asturias.

Respecto a la **atención a persona al final de vida** todos los centros residenciales sociales disponen de protocolo de atención personas en final de vida y ofertan habitación de uso individual, no siendo posible estimar por ausencia de datos el % de personas en final de vida con valoración/revisión de la situación de dependencia ni las que cuentan con Documento de Instrucciones previas.

En cuanto a la **atención a personas vulnerables con problemas de salud oral** se elaboró un protocolo específico para la mejora de la salud oral de personas con discapacidad y personas residentes en centros dependientes del ERA, se difunde información sobre salud oral a través de recursos web y se han impartido al menos dos cursos entre profesionales (TCAE y enfermería) de los centros.

Por último, en relación a la **atención a personas con enfermedades neurodegenerativas**, poco frecuentes y de difícil clasificación y que generan una alta

dependencia cabe señalar la apertura del Centro de Referencia Estatal de Langreo en mayo de 2022 al haber estado destinado este recurso a la asistencia a pacientes COVID durante la pandemia. Para articular la colaboración con la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar se ha elaborado el “Protocolo general de actuación para el desarrollo de programas del centro” y se estima necesario retomar la implantación de un protocolo de detección e intervención precoz en enfermedades neurodegenerativas en centros de día y residenciales.

Los grupos de trabajo de Planificación al alta e informes han realizado propuestas de mejora transversales a toda esta línea estratégica. El primero señala la necesidad de actualizar y flexibilizar la normativa de acceso a plazas residenciales para personas mayores incluyendo el concepto de urgencia social, dotación de profesional de trabajo social en todos los centros de salud y guardias localizadas, articular alertas en los sistemas de información de salud para las personas con procesos sociales previos., etc.

El GT Informes ha trabajado en la unificación de modelos de informe al objeto de contar con registros unificados y compartidos.

Dentro de la [Línea 2: Sistema de información y comunicación sociosanitario](#) respecto al desarrollo de la HSUE se ha elaborado un cronograma de implantación y actualmente se está trabajando en el diseño, licitación y desarrollo de diferentes módulos funcionales que componen la plataforma HSUE. También se ha venido trabajando en el análisis de las necesidades de intercambio de información para diversas acciones del Plan, así como el análisis funcional, tecnológico y normativo de cada necesidad. Recientemente se ha reiniciado la actividad de un grupo de trabajo específico con el objetivo de seguir avanzando en la integración entre la historia social y de salud.

En relación a la [Línea 3: Actuaciones de apoyo interinstitucional entre servicios sociales y sanitarios](#) se han llevado a cabo actuaciones previas por lo que se estima un cumplimiento parcial de los indicadores. Es necesario seguir trabajando para la creación de depósitos de medicamentos, sistema de dosis unitaria y desarrollo de la herramienta informática de ayuda a la prescripción, sistema de aprovisionamiento de material sanitario y de hostelería y el uso compartido de tecnologías, servicios y dispositivos: sistema de recogida de analíticas, coagulómetros, concentradores de oxígeno y nebulizadores. El GT SESPA /ERA/AP ha venido trabajando en la operativización a corto y medio plazo de acciones necesarias para su implementación. La factibilidad de las acciones propuestas está condicionada por el acceso compartido a los sistemas de información y por la implantación de la Estación Clínica de Atención Primaria por lo que será necesario continuar la labor de los grupos de trabajo SESPA-ERA-AP y de Sistemas de Información.

En la [Línea 4: Sensibilización profesional, formación y transferencia del conocimiento entre servicios sociales y sanitarios](#) se llevaron a cabo las acciones de difusión del plan previstas (material informativo específico y jornadas de difusión) Se elaboró un plan de formación anual actualmente en desarrollo, se identificaron y compartieron buenas prácticas, manteniendo la realización de proyectos de investigación en materia sociosanitaria.

Por último, en relación al espacio ético sociosanitario se estima necesario avanzar en la coordinación y trabajo conjunto de los diferentes comités de salud y servicios sociales.

Respecto a la [Línea 5: Estructuras de apoyo del Plan Sociosanitario](#), en el periodo 2019-2021 las estructuras de coordinación sociosanitaria han seguido desarrollando su actividad, si bien claramente condicionada por la gestión de la pandemia. Se hace necesario reforzar la coordinación entre los diferentes órganos (Consejo Interdepartamental; Comisión Técnica; Equipos de coordinación sociosanitaria y Grupos de trabajo) revitalizando su funcionamiento, así como profundizar en la coordinación con el tercer sector al no haberse alcanzado los indicadores propuestos.

El informe dedica un apartado específico a la **gestión de la pandemia** como un trabajo colateral a considerar y poner en valor. Sin duda, la limitación más relevante a la hora de avanzar en la consecución de los objetivos propuestos en el Plan, han sido las sucesivas olas de la pandemia por el SARS-CoV-2, tanto por las restricciones impuestas como por la atención masiva que hubo que prestar a las personas afectadas por la COVID-19, ocupando el grueso de la actividad de los órganos de coordinación sociosanitaria.

Desde marzo de 2020 en el marco de la coordinación interdepartamental se pusieron en marcha múltiples y diversas actuaciones: espacios divulgativos en las webs de socialasturias, y astursalud, documentos y protocolos específicos dirigidos a garantizar la actividad de servicios esenciales de ambos sistemas, protocolos de atención a personas vulnerables, el Sistema de Vigilancia y Alerta Temprana COVID19 en Centros Residenciales de Servicios Sociales (todavía en funcionamiento) el refuerzo de la atención a persona sin hogar y dispositivos de alojamiento urgente, recursos asistenciales de apoyo a pacientes COVID (como la Residencia de Mieres o el Centro de derivación de Corvera), grupos de trabajo coordinados para la planificación de procedimientos e instrucciones aplicables a los diferentes centros y servicios del sistema de servicios sociales y específicos para centros sociosanitarios, desarrollo de nuevas figuras profesionales como los responsables asistenciales y los coordinadores sociosanitarios, un circuito específico para la gestión de casos en centros de atención diurna para personas mayores y con discapacidad y un equipo operativo sociosanitario COVID para la actualización de documentos de actuación frente a la COVID19, que prevé extender su labor a otras actuaciones de coordinación sociosanitaria.

Por tanto, los datos sobre la gestión de la pandemia revelan el esfuerzo realizado, las lecciones aprendidas y sitúan a la coordinación sociosanitaria como un elemento imprescindible y vertebrador de las actuaciones implementadas, habiendo generado números espacios, dinámicas de trabajo conjunto y buenas prácticas que continuarán en lo sucesivo.

A modo de conclusión el primer Plan de coordinación sociosanitaria sin duda ha supuesto un impulso decisivo a la hora de establecer la coordinación entre las estructuras administrativas y de los servicios asistenciales sanitarios y sociales. Ha iniciado un camino de cooperación que necesariamente deberá tener continuidad en el segundo plan.

Capítulo I: Introducción

La **atención sociosanitaria** es la atención simultánea, coordinada y estable de los servicios sanitarios y sociales, ante necesidades de personas que necesitan que se garantice un abordaje integral y continuado de sus cuidados sanitarios y sociales.

En este marco, el modelo de atención sociosanitaria que plantea el Plan Sociosanitario del Principado de Asturias 2019-2021, define un ámbito compartido entre los sectores social y sanitario basado en la colaboración institucional y en la cooperación profesional efectiva, para adecuar las intervenciones y los recursos específicos sociales y sanitarios que necesita cada persona, con el objetivo de lograr mantener la continuidad de la atención.

De acuerdo con ello el Plan constituye un conjunto de programas, actuaciones y procedimientos técnicos ordenados en el tiempo con los que persigue los siguientes **objetivos**:

- Conseguir una atención integral, de calidad y orientada a cada persona sobre la base de procesos continuados y efectivos.
- Mejorar la eficiencia del sistema de servicios sobre la base de compartir recursos, la coordinación profesional y la colaboración interinstitucional.
- Fomentar la sensibilización, la cualificación profesional y la experiencia en actuaciones de colaboración de los y las profesionales de las redes públicas social y sanitaria.
- Establecer un sistema de información compartido que facilite el manejo y seguimiento de las personas usuarias de ambas redes.

Para alcanzar estos objetivos el Plan, además de fijar como elementos base del mismo una misión, visión y valores, determina una serie de **colectivos diana** objeto de actuación:

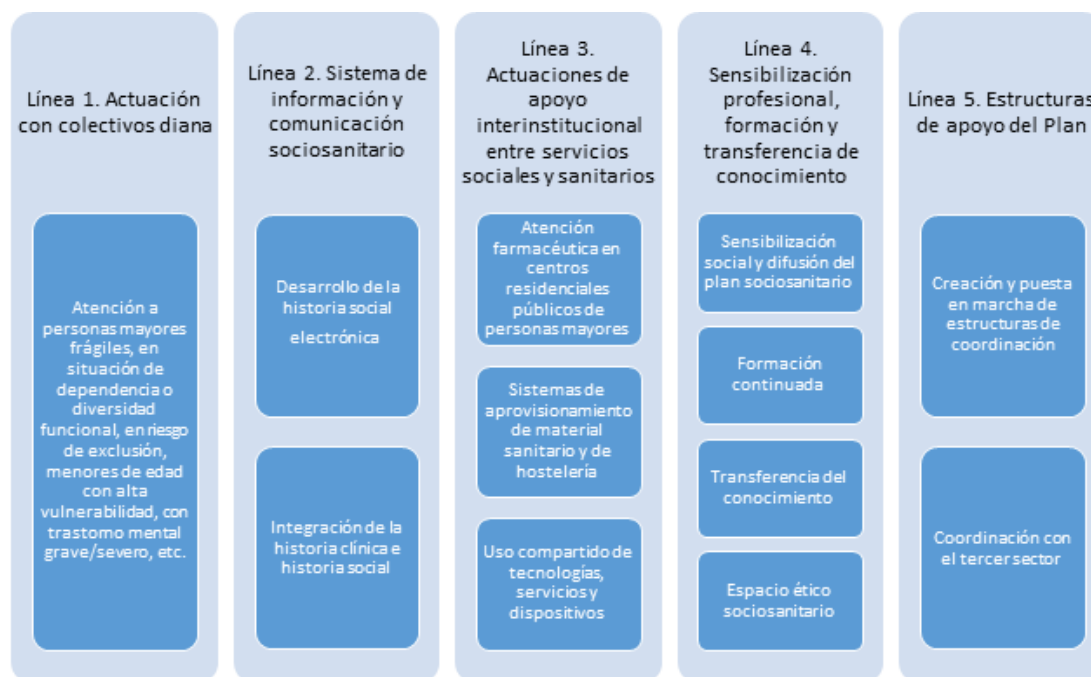
Figura 2: Colectivos diana del Plan Sociosanitario (2019-2021)

Personas mayores frágiles	Personas en situación de dependencia o diversidad funcional	Personas con trastorno mental grave/severo
Personas en riesgo de exclusión	Población en edad infantil con alta vulnerabilidad	Personas que sufren violencia o maltrato
Personas en final de la vida	Personas vulnerables con problemas de salud oral	Personas con enfermedades neurodegenerativas, neuromusculares

Fuente: Elaboración propia

A efectos de **estructura**, de mayor a menor ámbito, el plan se ordena como sigue: 5 líneas estratégicas; 20 iniciativas; 24 objetivos; 59 acciones; 108 medidas y 112 indicadores².

Figura 1: Líneas estratégicas y acciones del Plan Sociosanitario (2019-2021)



Fuente: Elaboración propia

En lo que se refiere al **alcance territorial y competencial**, el Plan Sociosanitario 2019-2021, abarca todo el Principado de Asturias, con la intervención principal de la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar y la Consejería de Salud, en sus denominaciones actuales. Ambas Consejerías ejercen el liderazgo del Plan, a lo que hay que sumar otras coordinaciones puntuales con los ámbitos educativos y de justicia, así como con entidades locales y entidades del tercer sector.

La implementación, **seguimiento y evaluación** del Plan Sociosanitario, tal como se recoge en el mismo, se apoya en tres apartados:

1. Estrategia de evaluación del Plan

Para el seguimiento y evaluación el Plan recoge una serie de indicadores cuantitativos y cualitativos, previendo realizar una evaluación inicial a los seis meses de su aprobación, con el objetivo de analizar su implantación y valorar las primeras mediciones de los indicadores de monitorización planteados en el mismo; y posteriormente con periodicidad anual por parte de las estructuras de coordinación sociosanitaria.

² En el anexo 1 se recoge una tabla con la relación de todos los indicadores de monitorización establecidos en el plan y su valoración.

Esto se fundamenta en el Decreto 70/2016, de 23 de noviembre³ que en su artículo 7 “Finalidad y funciones de la Comisión Técnica para la coordinación sociosanitaria” indica que es función de la Comisión Técnica “Proponer la formulación, desarrollo, seguimiento y evaluación del Plan de Coordinación Sociosanitaria”. De igual forma, atribuye al Consejo Interdepartamental de Coordinación Sociosanitaria (art. 4) la aprobación e impulso de las acciones generales necesarias para el desarrollo, seguimiento y evaluación del Plan de Coordinación Sociosanitaria.

Los trabajos de seguimiento y evaluación se realizaron en el seno de la Comisión Técnica, la cual llevó un registro completo de las actuaciones de seguimiento.

El período **objeto de evaluación** abarca desde 2019 a 2021, si bien hay que hacer notar que también se han tenido en consideración los trabajos iniciados desde el año 2016 por parte de las dos Consejerías, que se reseñan en el siguiente apartado.

2. Estructuras de seguimiento y evaluación del Plan

El establecimiento de una estructura interadministrativa de coordinación en el Principado de Asturias sirvió de soporte para el desarrollo de la coordinación sociosanitaria en toda su extensión, además del consiguiente apoyo institucional.

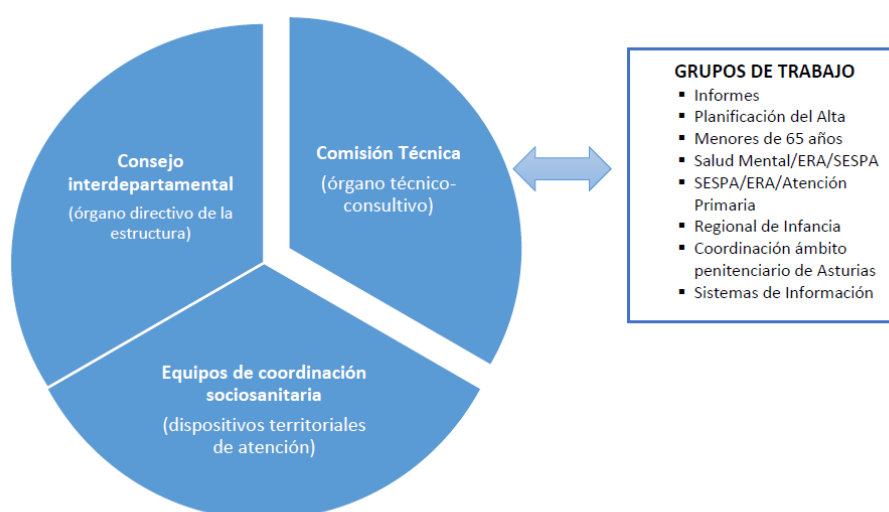
Dicha estructura, de mayor a menor nivel jerárquico, está integrada por la **Consejo Interdepartamental, la Comisión Técnica y los Equipos de Coordinación Sociosanitaria**. En particular, ha sido en el seno de las reuniones de la Comisión Técnica donde se ha gestado el Plan sociosanitario, posteriormente aprobado por el Consejo Interdepartamental.

Estas estructuras se formalizan con la publicación del Decreto 70/2016 de 23 de noviembre, por el que se establecen órganos de planificación y apoyo para la mejora de la atención y coordinación sociosanitaria en el Principado de Asturias.

En un nivel operativo, y creados en el seno de la Comisión Técnica, cobran especial significado a efectos de la evaluación de este plan, los **grupos de trabajo** creados expresamente para el desarrollo del Plan. Se han creado ocho grupos de trabajo asociados a diversas actuaciones a lo largo del plan, constituidos por personal del ámbito social y sanitario, que han desarrollado un importante trabajo y generado una serie de propuestas y conclusiones trasladadas para su valoración y toma de decisiones a la Comisión Técnica.

³ Decreto 70/2016, de 23 de noviembre, por el que se establecen órganos de planificación y apoyo para la mejora de la coordinación sociosanitaria en el Principado de Asturias

Figura 3: Estructura de coordinación sociosanitaria y grupos de trabajo del Plan Sociosanitario (2019-2022)



Fuente: Elaboración propia

3. Indicadores de monitorización del Plan

El presente informe se centra en el análisis de este último apartado y tiene por **objetivo general** recoger documentalmente las evidencias sobre la implementación del Plan, y aportar una serie de conclusiones que orienten el diseño del II Plan de Coordinación Sociosanitaria del Principado de Asturias.

El informe se **estructura** en los siguientes apartados:

- Capítulo I constituido por esta introducción.
- Capítulo II en el que se explicitan los resultados obtenidos, detallando las actuaciones realizadas teniendo como guía los indicadores de monitorización contemplados en el plan.
- Capítulo III en el que se recoge el impacto de la gestión de la pandemia por la COVID19 en la coordinación sociosanitaria.
- Capítulo IV que contiene el análisis cuantitativo y cualitativo de resultados, que sirve de base al establecimiento de conclusiones y recomendaciones.
- Anexos, bibliografía y fuentes documentales.

Premisas de partida

El objeto de evaluación, es decir, la atención sociosanitaria, es una actividad que conlleva una importante complejidad inherente debido a su carácter transversal (pues abarca tanto actuaciones preventivas como de atención integral y continuada a diversos colectivos diana) y a su carácter interadministrativo (en tanto implica a diferentes departamentos y Administraciones).

En este sentido, la recogida de datos ha sido laboriosa debido a la falta de registros específicos y limitaciones en los sistemas de información que dan soporte al registro de la actividad diaria del personal. Además, la falta de indicadores estándar o de referencia con que comparar resultados dificulta, en algunos casos, el establecimiento de conclusiones.

Estas limitaciones serán tenidas en cuenta en la planificación y diseño del II Plan Sociosanitario de cara a la elección y confección de instrumentos de recogida de datos que permitan una óptima obtención y explotación de los mismos.

Metodología

Para la elaboración del informe se han seguido los siguientes pasos metodológicos:

1. Revisión documental de información disponible:

Para extraer la información disponible se han revisado: memorias anuales de los órganos de coordinación sociosanitaria, actas y acuerdos, documentos técnicos, conclusiones de jornadas técnicas y grupos de trabajo, material divulgativo, etc.

2. Análisis de indicadores y evaluaciones previas:

Como se señaló anteriormente al hablar de la estrategia de evaluación del Plan, la Comisión Técnica ha venido realizando tareas de seguimiento de la implementación del mismo, materializándose dicha labor en un instrumento de registro que incluye el conjunto de: medidas, acciones, organismos responsables de su seguimiento, una breve síntesis del dato recabado para cada indicador, así como otras acciones más específicas elaboradas por los grupos de trabajo.

3. Planificación de recogida de información adicional necesaria para completar el informe de evaluación:

Se detectaron las áreas de información a completar y los agentes clave a consultar. En particular a las personas integrantes de la Comisión Técnica y de los Equipos de Coordinación Sociosanitaria, responsables y personal técnico de departamentos y recursos relacionados con las acciones objeto de evaluación.

4. Tratamiento de datos, análisis y redacción del documento borrador:

Los datos recogidos se han interpretado de forma cuantitativa y cualitativa, según el grado de cumplimiento y desarrollo de los indicadores establecidos.

5. Presentación en el seno de la Comisión Técnica:

Se ha elaborado un primer borrador de informe de evaluación con los resultados de la misma, el cual se expone a la Comisión Técnica para su valoración y aportación a fin de establecer un conjunto de conclusiones y recomendaciones que posteriormente puedan someterse a validación por parte del Consejo Interdepartamental.

Capítulo II: Resultados obtenidos

A continuación, se expone la información recabada en relación a los indicadores de monitorización estructurada de acuerdo a las líneas estratégicas y objetivos del Plan Sociosanitario.

Línea estratégica 1: Actuaciones en colectivos diana

Las actuaciones de esta línea se centran en aquellas personas usuarias y enfermas en las que se combinan simultáneamente criterios clínicos, de pérdida de autonomía y de necesidad de mantenimiento de apoyos relacionales.

1.1. Atención a personas mayores frágiles

Objetivo 1: Prestar la atención necesaria en el lugar de residencia habitual o espacio de referencia para las personas mayores, mediante los recursos y apoyos complementarios que ofrecen los sistemas de servicios sociales y sanitario.

Para este objetivo se plantearon 4 acciones con 7 medidas asociadas y 12 indicadores.

INICIATIVA 1.1. Atención a personas mayores frágiles	
ACCIÓN	INDICADORES
1. Promoción del envejecimiento activo	<ul style="list-style-type: none">• Implantación de la Estrategia Asturiana de Envejecimiento Activo (ESTRENA)• Participación en redes europeas: número de socios y de redes en que participa Asturias

La Estrategia de Envejecimiento del Principado de Asturias (ESTRENA)⁴, aprobada por el Gobierno de Asturias el 12 de abril de 2018, pretende dar respuesta al envejecimiento poblacional y al cambio de perfil social de las personas mayores en nuestra región.

Esta estrategia ha orientado durante los últimos años las políticas destinadas a favorecer una longevidad saludable, autónoma y participativa en nuestra región, a la vez que promueve este ámbito como fuente de innovación, investigación y oportunidades de desarrollo económico sostenible.

⁴ https://www.socialasturias.es/asturias/planes-sectoriales/estrategia-asturiana-de-envejecimiento-activo-estrena-2018-2021_827_1_ap.html

La estrategia, dirigida a todas las personas mayores de 55 años, se ha centrado en cuatro ejes de trabajo, que profundizan en la consolidación de derechos, en la necesidad de dar voz a las personas mayores, favorecer espacios de participación, prevenir la dependencia y reforzar una vida autónoma, la construcción de una sociedad accesible, inclusiva y amigable y la búsqueda de nuevas oportunidades de desarrollo vinculadas a este grupo de población.



Tal y como se recoge en el indicador propuesto, la Estrategia ESTRENA ha sido implantada durante el periodo de vigencia del plan pudiendo destacar la puesta en marcha de acciones como:

- Participación y consulta a organizaciones de personas mayores en el diseño de proyectos como la Estrategia para la Transformación del Modelo de Cuidados de Larga Duración a fin de garantizar la representación en los procesos de toma de decisiones y la co-creación.
- Puesta en marcha del Proyecto Senda a finales de 2019 con el objetivo de combatir la soledad no deseada entre las personas mayores en Asturias. Se trata de una herramienta que ayuda a los y las profesionales de los servicios sociales a detectar a aquellas personas que, por diferentes razones, no disfrutaban de una red de social adecuada, que permita mantener relaciones sociales significativas y, en este sentido, pueden requerir de apoyos del Sistema Asturiano de Servicios Sociales.
- Actualización del Decreto 48/20219, de 21 de junio por el que se regula la organización y el funcionamiento de los centros sociales de personas mayores de titularidad pública del Principado de Asturias que permite definir órganos de participación dinámicos y ágiles, buscando un sistema de representación de las personas socias, acorde con los principios del modelo de gobernanza que debe regir la actuación de la Administración Pública.
- Mantenimiento de actividades de envejecimiento activo y saludable.
- Desarrollo de herramientas de fomento del buen trato e intervención ante el maltrato a personas mayores.
- Fomento de la investigación en materia de envejecimiento, participando en el Consorcio ELDER (EL reto De envejeceR: Respuestas proactivas, responsables y preventivas al envejecimiento de la población en el Principado de Asturias).
- Puesta en marcha de proyectos living lab en centros de atención a personas mayores dependientes de la Administración del Principado de Asturias: Actualmente 4 centros residenciales desarrollan proyectos.

Y todo ello con el importante condicionante que ha supuesto las restricciones de actividades impuestas por la pandemia por Covid-19.

En relación a la [participación en redes europeas](#) en materia de envejecimiento cabe señalar que la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar del Principado de Asturias es miembro de la red Europa Social Network (ESN). Esta red, integrada por miembros de 30 países europeos reúne a personas que planifican, gestionan y prestan servicios sociales públicos, en

colaboración con las que trabajan en organismos reguladores y de investigación apoyando el intercambio de conocimientos y experiencias.

La Consejería de Derechos Sociales y Bienestar participa en diversas actividades (grupos de trabajo, foros temáticos, seminarios, etc.) de temáticas diversas, entre ellas el envejecimiento.

Por otro lado, el Reference Site Asturias es un reconocimiento concedido en 2016 por la Comisión Europea a nuestra región en el marco de la iniciativa estratégica European Innovation Partnership on Active Healthy Ageing (EIP-AHA), como lugar de referencia por la tarea que está realizando en el ámbito del envejecimiento activo y saludable. El Gobierno del Principado de Asturias lideró la candidatura en calidad de socio promotor, junto con otros agentes sociales, tecnológicos y del ámbito de la investigación.

Figura 4: Organismos integrantes del Reference Site Asturias

Consejería de Presidencia	Consejería de Derechos Sociales y Bienestar	Consejería de Salud	Ayuntamiento de Avilés
Ayuntamiento de Gijón	Ayuntamiento de Oviedo	Organismo Autónomo ERA	Viviendas del Principado de Asturias (VIPASA)
Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA)	Cruz Roja Principado de Asturias	CTIC	IDONIAL
FICYT	Clúster Biomedicina y Salud de la Universidad de Oviedo	Instituto Oftalmológico Fernández Vega	CEEI

Fuente: Elaboración propia.

En 2019, en la 3ª convocatoria del EIPonAHA, el Reference Site Asturias obtiene 4 estrellas, de las 4 posibles. Este reconocimiento es fruto del intercambio, aprendizaje y colaboración para responder mejor al desafío del envejecimiento en Asturias. Actualmente se está trabajando en la renovación de la candidatura Reference Site.

Dentro del EIP-AHA también se desarrollan los **Grupos de Acción** (*Action groups*) compuestos por profesionales que comparten conocimiento y experiencias. La Consejería de Derechos Sociales y Bienestar participa en el Grupo de Acción D4: Innovación para edificios, ciudades y entornos amigables con la edad a través de la Estrategia Asturiana de Envejecimiento 2018-2021

INICIATIVA 1.1. Atención a personas mayores frágiles	
ACCIÓN	INDICADORES
2. Potenciar la atención a personas mayores con enfermedades crónicas	<ul style="list-style-type: none"> • Número de concejos con Escuelas de Salud • Número de personas formadas en el Programa Tomando Control de su Salud-PACAS • Número personas formadas en el Programa Manejo Personal de la Diabetes-PACAS

Las **Escuelas de Salud** nacen con el fin de realizar diversas actividades informativas y educativas que logren desarrollar la Educación para la Salud en los Municipios y conseguir la incorporación de actitudes y hábitos que sirvan para alcanzar un buen nivel de salud y calidad de vida. En la actualidad estas escuelas se extienden por concejos como: Bimenes, Boal, Cabrales, Cabranes, Caso, Castropol, Coaña, Colunga, El Franco, Gozón, Langreo, Laviana, Lena, Nava, Navia, San Martín del Rey Aurelio, Santo Adriano, Sariego, Sobrescobio, Tapia de Casariego, Tineo, Valdés, Vegadeo, Villaviciosa, Villayón.

Conjuntamente con las Escuelas Municipales de Salud y como parte de la Escuela de Pacientes de Asturias, durante la vigencia del Plan Sociosanitario también se ha desarrollado el **Programa Paciente Activo Asturias** (PACAS).

El programa PACAS se desarrolla en la actualidad en el Servicio de Atención Centrada en la Persona y Autonomía, de la Dirección General de Cuidados, Humanización y Atención Sociosanitaria. Forma parte de dos estrategias: la Estrategia de Promoción de la Salud y la Estrategia de Atención a la Salud y a la Población con Enfermedad Crónica en Asturias.

Este programa consiste en una intervención para proveer a las personas de habilidades y capacidades para aumentar su autocuidado. El objetivo del programa es conseguir que las personas que tengan alguna enfermedad crónica y sus cuidadores o cuidadoras, sean capaces de: entender su enfermedad, responsabilizarse de su cuidado y afrontar de forma adecuada la salud física y emocional.

Durante la vigencia del plan se desarrolló el programa formativo "**Tomando Control de su Salud**" programa integral y transversal en el que se incluye a la población destinaria del programa de manejo personal de la diabetes⁵ por ser un programa para todas las patologías. De este modo se asegura la equidad y accesibilidad de toda la ciudadanía.

El número total de personas formadas durante la vigencia del plan socio-sanitario puede verse a continuación:

⁵ de acuerdo a la filosofía del programa PACAS, en 2018, se decide no realizar el programa específico de manejo personal de la diabetes ya que se valora más positivo y enriquecedor para las personas destinatarias de esta formación trabajar con ellas en el programa "Tomando Control de su Salud" el cual dado su carácter transversal genera un espacio compartido más integrador, apreciando mayores avances para todas las personas implicadas.

Tabla 1: Evolución del total de personas formadas en “Tomando control de su salud” *.

2019	2020	2021
630	45	107

Fuente: Dirección General de Cuidados, Humanización y Atención Sociosanitaria. Elaboración propia

*se consideran personas formadas aquellas que han asistido como mínimo a 4 de los 6 talleres que componen el programa.

INICIATIVA 1.1. Atención a personas mayores frágiles	
ACCIÓN	INDICADORES
3. Establecer unidades sociosanitarias de convalecencia	<ul style="list-style-type: none"> • Número de camas de unidades sociosanitarias de convalecencia en funcionamiento • Número de pacientes atendidos en estas unidades • Estancia media de pacientes en las unidades • Índice de rotación que se registra las unidades • Índice de ocupación

Las **unidades sociosanitarias de convalecencia**, dependientes del ente Establecimientos Residenciales para Ancianos de Asturias (ERA), son un recurso que se encarga de procurar atención social y sanitaria a las personas que precisen un periodo de convalecencia con alta carga de cuidados de enfermería. Para ello llevan a cabo un programa socio terapéutico, limitado en el tiempo, con objeto de recuperación o estabilización de una situación de deterioro funcional o estado clínico.

Estas unidades son un nuevo recurso que nace en el marco de desarrollo del Plan. En la actualidad, existe una unidad sociosanitaria de convalecencia (USC) ubicada en la CPR La Mixta de Gijón como proyecto piloto dotada de 15 camas ampliable hasta 28 plazas que entró en funcionamiento en marzo de 2022.

Su puesta en funcionamiento requirió una serie de actuaciones previas por parte de ambos sistemas (sanitario y social) entre las que destacan:

- Elaboración y suscripción del Convenio de Colaboración entre el Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) y el Organismo Autónomo Establecimientos Residenciales para Ancianos de Asturias (ERA) para el acceso a la historia clínica electrónica por parte del personal médico y de enfermería de la Unidad Sociosanitaria de convalecencia del Centro Polivalente de recursos para personas mayores, Residencia Mixta de Gijón (BOPA 11/02/2022)
- Elaboración del Protocolo de Actuación en la Unidad Residencial de Convalecencia del Área V (anexo 3)
- Elaboración y puesta en marcha del Protocolo General de Actuación entre ERA y SESPA para la puesta en marcha de un depósito de medicamentos.

- Elaboración del nuevo plan de autoprotección del centro
- Formación previa al personal de la unidad de convalecencia en: Cuidados Específicos de la unidad de convalecencia y cuidados paliativos y aplicación informática Selene.

INICIATIVA 1.1. Atención a personas mayores frágiles	
ACCIÓN	INDICADORES
4. Avanzar hacia un modelo de organización en red en los hospitales o dispositivos subagudos geriátricos o de convalecencia	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de residencias que disponen de protocolos conjuntos de cuidados en coordinación con AP • Porcentaje de protocolos conjuntos de cuidados entre AP y la residencia puestos en marcha

Las personas dependientes que residen en residencias para personas mayores se caracterizan por requerir una mayor cantidad de cuidados médicos y de enfermería, cuidados que reciben en el propio centro residencial y que con frecuencia desbordan el marco de actividad de los profesionales de Atención Primaria de salud (AP).

Es por ello que el plan sociosanitario planteó la obligación de establecer **protocolos conjuntos de cuidados entre AP y las residencias**.

Hasta el momento se han puesto en marcha tres protocolos:



- Protocolo Sociosanitario para la Atención a la Salud Oral de la Población Vulnerable en Asturias⁶



- Protocolo de higiene de manos en centros residenciales de personas mayores (difusión interna en centros del ERA en mayo de 2021)



- Protocolo sociosanitario para promover el buen trato a las personas mayores y prevenir, detectar e intervenir ante casos de maltrato⁷.

El 100% de los centros residenciales para personas mayores dependientes de la Administración del Principado de Asturias tienen implantados dichos protocolos.

⁶<https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/protocolo-para-la-atencion-a-la-salud-oral-de-la-poblacion-vulnerable-en-asturias>

⁷<https://www.socialasturias.es/protocolo/personasmayores>

1.2. Atención a personas en situación de dependencia o diversidad funcional

Objetivo 2: Detectar y atender las necesidades de las personas que tengan reconocido algún grado de dependencia por la Ley de Promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de dependencia, tanto en el ámbito de su domicilio como en los recursos públicos o privados a los que acuda.

Para este objetivo se plantearon 5 acciones, 16 medidas y 22 indicadores.

INICIATIVA 1.2. Atención a personas en situación de dependencia o diversidad funcional	
ACCIÓN	INDICADORES
1. Impulsar programas de prevención para evitar situaciones de dependencia o reducir las limitaciones que generan los distintos tipos de dependencia	<ul style="list-style-type: none">• Existencia de protocolos conjuntos sanitarios y sociales para la atención de personas en situación de dependencia en sus domicilios• Total de plazas de alojamiento temporal para personas en situación de dependencia• Número de personas cuidadoras formadas en el Programa Tomando Control de su Salud- PACAS• Total de recursos creados de alojamiento temporal para personas menores de 50 años• Número de personas con dependencia en alojamiento definitivo, según el tipo de alojamiento y la edad de las personas• Cómputo total de programas de prevención creados• Total anual de programas y actividades de formación a personas cuidadoras

Aunque la coordinación sociosanitaria en el Principado de Asturias, ha venido realizándose desde hace tiempo, la realidad del ejercicio profesional y las indicaciones del Plan Sociosanitario, han conducido a la elaboración de un **protocolo conjunto social y sanitario** para la atención integral de toda la población, incluyendo entre ella las personas dependientes⁸.

⁸ A fin de organizar y simplificar la actividad profesional el grupo de trabajo decidió elaborar e integrar en un único protocolo todos los procedimientos de comunicación y derivación establecidos en el plan, englobando todos los colectivos diana del Plan. Cabe reseñar la necesidad de seguir avanzando en su implementación, así como en su integración en los sistemas de información social y sanitario.

Ese protocolo, denominado “Protocolo para mejorar la coordinación sociosanitaria entre los ámbitos sanitario y social”⁹, fue aprobado por la Comisión Técnica para la Coordinación Sociosanitaria el 29 de octubre de 2020.



En cuanto al **alojamiento temporal para personas en situación de dependencia** señalar que el servicio de atención residencial a personas dependientes ofrece una atención integral y continuada, de carácter personal, social y sanitario, que se prestará en centros residenciales, públicos o privados concertados, teniendo en cuenta la naturaleza de la dependencia, grado de la misma e intensidad de cuidados que precise la persona.

Esta atención tendrá carácter temporal cuando se atiendan estancias de convalecencia, durante vacaciones, fines de semana o períodos de descanso de los cuidadores no profesionales, sin que en estos casos pueda superar los 30 días.

Se dispone de un total de 60 plazas de alojamiento temporal para personas con discapacidad. En cuanto a personas mayores no existen plazas pre-reservadas para este tipo de estancias ya que la gestión de las mismas se realiza en función de la demanda, por lo que no pueden contabilizarse. Lo que sí se puede cuantificar es el número de estancias temporales gestionadas, tal y como se ve en la siguiente tabla.

Tabla 2: Evolución del número de estancias temporales de personas mayores y con discapacidad

	2019	2020	2021
Centros discapacidad	218	120	155
Centros personas mayores	611	238	299

Fuente: Observatorio Asturiano de Servicios Sociales (ObservASS). Elaboración propia

Con respecto al **alojamiento temporal para las personas menores de 50 años**, decir que el los de recursos destinados a ello han permanecido estable en estos años, en parte como consecuencia del COVID-19 y su impacto sobre los recursos residenciales (restricciones de acceso, etc.).

Según datos facilitados por el Observatorio Asturiano de Servicios Sociales (ObservASS) el número de **personas con dependencia en alojamiento definitivo**, según el tipo de alojamiento y la edad de las personas es a 31 de diciembre de 2021:

Tabla 3: Número de personas con PIA de atención residencial en estancia permanente

Hasta 64 años	65 y más años
698	2680

Fuente: Observatorio Asturiano de Servicios Sociales (ObservASS). Elaboración propia

⁹ Confeccionado a propuesta del Grupo de Trabajo de la Planificación del Alta, para mejorar la coordinación entre las Unidades de Trabajo Social Sanitario y los Servicios Sociales.

Respecto al cómputo **total de programas de prevención creados** no existe evidencia de la elaboración de programas de prevención específicos para personas en situación de dependencia. Si bien éstas pueden beneficiarse de otros programas como el PACAS, o los derivados de la Estrategia ESTRENA.

En cuanto al total anual de **programas y actividades de formación a personas cuidadoras** cabe apuntar que no es posible cuantificarlo ni hacer una estimación precisa de su número ya que desde múltiples servicios y recursos se llevan a cabo programas y actividades de este tipo (centros de salud, centros de servicios sociales, asociaciones, ...).

Así, por ejemplo, los centros de día para personas mayores cuentan con un programa de atención a familias desde el que se llevan a cabo actividades individuales y grupales de formación y apoyo a cuidadores familiares de personas usuarias del centro. Entre las actuaciones desarrolladas se encuentran:

- Servicio de información y orientación sobre temas relacionados con el cuidado
- Asesoramiento individualizado interdisciplinar
- Grupos psicoeducativos que capacitan en el cuidado y el autocuidado. Se organizan en sesiones de 90 minutos y sus contenidos se adaptan a las necesidades de las personas cuidadoras como, por ejemplo:
 - o El envejecimiento y la dependencia: su repercusión en la persona mayor
 - o El cuidado al cuidador
 - o Los comportamientos o situaciones difíciles
 - o La comunicación con la persona mayor dependiente
 - o El manejo de la dependencia en las actividades de la vida cotidiana
- Grupos de autoayuda, que proporcionan un importante apoyo emocional gracias al intercambio de experiencias del grupo de iguales.

Tabla 4: Evolución del número de personas usuarias de centros de día de personas mayores a lo largo del año (2019-2021)

2019	2020	2021
1.861	1.544	1.456

Fuente: ObservASS. Elaboración propia

Las **Escuelas de Pacientes**, en las que se enmarca el Programa PACAS, pretenden abordar la prevención, la promoción y la gestión de las situaciones de salud crónicas, desde un modelo que coloca en el centro a las personas con enfermedad, y lo sitúa en su contexto sociocultural, dotado de mayor autonomía y responsabilidad.

Un objetivo principal es el abandono del rol pasivo del paciente, para convertirse en una persona con capacidad de autocuidado y de autogestión de su proceso de enfermedad. Un paciente activo, un paciente experto con participación en la toma de decisiones y una mayor responsabilidad con su salud.

Desde esta perspectiva podemos concluir que todas las personas que participan en el PACAS se convierten en cuidadoras de sí mismas. El número de personas cuidadoras formadas en el Programa Tomando Control de su Salud- PACAS se ha indicado anteriormente.

INICIATIVA 1.2. Atención a personas en situación de dependencia o diversidad funcional	
ACCIÓN	INDICADORES
2. Atención sociosanitaria a personas con diversidad funcional	<ul style="list-style-type: none"> • Existencia de protocolo de comunicación y derivación para personas en situación de dependencia • Número de centros de día y centros residenciales de personas en situación de dependencia que disponen de protocolos conjuntos de atención o cuidados con el sistema sanitario • Total de intervenciones de Buenas Prácticas, dirigidas a personas con diversidad funcional, identificadas en los ámbitos social o sanitario

La **comunicación y derivación** para personas en situación de dependencia se efectúa, como se ha señalado en la acción anterior, mediante el “Protocolo para mejorar la coordinación sociosanitaria entre los ámbitos sanitario y social”.

El citado Protocolo establece un marco de coordinación que garantiza la atención e intervención interdisciplinar respondiendo de manera integral y transversal a las necesidades de las personas y/o familias. Para ello se fija como uno de sus objetivos normalizar la utilización de un documento de comunicación en la detección de casos con necesidad de abordaje por parte de ambos Sistemas de protección.

Este documento facilitará, entre otros, que se priorice la respuesta a las necesidades de las personas independientemente de las competencias específicas de las instituciones que prestan los servicios. Si bien se aprecia la necesidad de mejorar su uso e implantación en los centros y recursos implicados.

En cuanto al número de centros de día y centros residenciales de personas en situación de dependencia que disponen de **protocolos conjuntos de atención o cuidados** con el sistema sanitario, como ya se ha apuntado en un apartado anterior durante la vigencia del plan se han desarrollado e implementado 3 protocolos:

- Protocolo Sociosanitario para la Atención a la Salud Oral de la Población Vulnerable en Asturias
- Protocolo de higiene de manos en centros residenciales de personas mayores
- Protocolo sociosanitario para promover el buen trato a las personas mayores y prevenir, detectar e intervenir ante casos de maltrato

En cuanto a **intervenciones de Buenas Prácticas** podemos destacar la ya mencionada estrategia la estrategia de envejecimiento activo (ESTRENA), reseñada por la iniciativa estratégica *European Innovation Partnership on Active Healthy Ageing (EIP on AHA)*, como buena práctica entre la Comisión Europea y sus socios.

Otro ejemplo es el Programa Rompiendo Distancias concebido como una herramienta de intervención flexible que proporciona y acerca servicios y oportunidades adaptadas a las necesidades de las personas mayores del mundo rural, en entornos poco accesibles y de población dispersa, promoviendo el envejecimiento activo y la prevención de la dependencia en el medio rural.

Además, en enero de 2019 se realizó una jornada específica de buenas prácticas de coordinación sociosanitaria en la que se presentaron las siguientes experiencias:

- Semillero de Escuelas Municipales de Salud en el Área Sanitaria I
- Mejora de la coordinación entre los servicios sociales municipales y salud mental
- Protocolo de educación para cuidadores informales del área III. Sintoniza con tu barrio, programa de salud comunitaria de Corvera
- Procedimiento de información y derivación para menores prematuros o con patologías generadoras de dependencia
- Jornada de encuentro con Tercer Sector
- Programa de prevención e intervención de alcoholismo
- Evolución y resultados de la coordinación sociosanitaria en el área VII
- Implantación del protocolo de detección y manejo de caso en personas con riesgo de suicidio en el Área VIII. La coordinación sociosanitaria en la gestión de alojamientos para personas a partir de 18 años

INICIATIVA 1.2. Atención a personas en situación de dependencia o diversidad funcional	
ACCIÓN	INDICADORES
3. Atención a las personas cuidadoras de personas dependientes	<ul style="list-style-type: none"> • Total de personas formadas en los talleres de atención a personas cuidadoras • Existencia de sistema coordinado social y sanitario de orientación a personas cuidadoras • Número de personas perceptoras de la PECF que acuden a talleres de formación del SESPA • Cómputo total de acciones realizadas para mejorar la información que se da a las familias cuidadores desde el ámbito social y sanitario

Esta acción se dirige a las intervenciones encaminadas a proporcionar estrategias de **apoyo a las personas cuidadoras** no profesionales para prevención del desarrollo de alteraciones en sus salud física y psicológica, especialmente cuando los cuidados se prolongan en el tiempo.

La Cartera de Servicios de Atención Primaria contempla como uno de ellos el de *Educación para la salud a otros grupos: personas cuidadoras*. En este marco el SESPA, en

colaboración con el Instituto Asturiano de la Mujer, elaboró la “Guía de atención a las personas cuidadoras” con el objetivo de ser una herramienta de apoyo para el desarrollo del citado servicio.

La guía va dirigida a los y las profesionales socio-sanitarios de Atención Primaria y tiene como población diana a las personas cuidadoras de familiares dependientes. En ella se propone una intervención grupal, mediante la realización de un taller estructurado en nueve Unidades Didácticas.

El carácter flexible de esta acción formativa, su sencilla implementación y su desarrollo a demanda no permite contabilizar el número total de personas formadas. Además, como ya se ha reseñado habría que tomar en consideración el resto de acciones formativas reseñadas anteriormente, desarrolladas por los diferentes recursos socio-sanitarios y ya comentadas.

En cuanto a la existencia de sistema coordinado social y sanitario de **orientación a personas cuidadoras** aún no se ha desarrollado un sistema formal más allá de la práctica profesional diaria y del protocolo de coordinación sociosanitaria establecido al efecto, y ya expuesto.

Las limitaciones de los sistemas de información actuales, así como los requerimientos en materia de protección de datos nos impiden determinar tanto el número de personas perceptoras de la PECEF que acuden a talleres de formación del SESPA, como el cómputo total de acciones realizadas para mejorar la información que se da a las familias cuidadores desde el ámbito social y sanitario. Además, esta última actividad es desarrollada transversalmente por una amplia red de profesionales socio-sanitarios como parte de su actividad profesional.

Cabe señalar que la percepción de la prestación económica de cuidados en el entorno familiar del SAAD exige participación en actividades formativas y por tanto es necesario potenciar esta acción y establecer mecanismos de intercambio de datos para su seguimiento.

INICIATIVA 1.2. Atención a personas en situación de dependencia o diversidad funcional	
ACCIÓN	INDICADORES
4. Mejorar la coordinación entre Atención Primaria y las residencias de personas mayores del ERA	<ul style="list-style-type: none"> • Total de residencias que disponen de consultas planificadas del personal de salud en la propia residencia • Número de consultas planificadas que se realizan • Número de residencias que disponen de protocolos conjuntos de cuidados en coordinación con AP • Total de protocolos conjuntos de cuidados entre AP y residencias puestos en marcha • Existencia de un protocolo de suministro de necesidades de materiales consensuado entre Atención Primaria y las residencias del ERA • Número de residencias que disponen de protocolos conjuntos de necesidades de material en coordinación con AP

Las personas que viven en centros residenciales para personas mayores, por sus características personales, requieren una necesaria atención de cuidados médicos y de enfermería que deben de recibir en el propio centro residencial y que es prestada por los profesionales de Atención Primaria (AP). Esta situación requiere una necesaria coordinación entre ambos recursos, social y sanitario, que organice la intervención y contribuya a una mejora de la calidad de vida de las personas afectadas.

Con respecto a los dos primeros indicadores relativos a las **consultas planificadas** en las residencias de personas mayores del ERA, apuntar que en la actualidad hay dos residencias con consultas planificadas: CPR Canapés y CPR La Vega Mieres realizándose dos consultas planificadas a la semana.

En cuanto a los **protocolos conjuntos de cuidados** entre AP y residencias de personas mayores del ERA cabe señalar que el 100% de las residencias tiene implantados tres protocolos (reseñados en página 19).

Por último, en cuanto a la existencia de **protocolos conjuntos de necesidades de material** cabe señalar que todas las residencias se nutren de material sanitario del SESPA pero la gestión es diferente según el área sanitaria. Por ello el grupo de trabajo SESPA – ERA ha venido trabajando en la unificación de protocolos de suministro de necesidades de material mediante la revisión de los procedimientos en cada área y los petitorios específicos. Dentro de los siguientes pasos a dar se prevén el establecimiento de un protocolo y petitorio único para todas las áreas (evaluación de costes por parte del SESPA, establecimiento de pedidos mínimos/máximos, materiales necesarios en los centros residenciales) y el desarrollo de una nueva herramienta informática que le dé soporte y en el que los centros sean unidades de gestión para la petición directa de material.

INICIATIVA 1.2. Atención a personas en situación de dependencia o diversidad funcional	
ACCIÓN	INDICADORES
5. Facilitar el acceso y promover la información sobre los productos de apoyo	<ul style="list-style-type: none"> • Total de usuarios que han acudido al Centro Asesor de Autonomía Personal y Productos de Apoyo • Número de campañas de información y exhibición de los productos disponibles diseñados para personas con diversidad funcional y/o dependencia, a entidades o particulares

El **Centro Asesor de Productos de Apoyo** es un servicio que ofrece información específica y asesoramiento especializado e individualizado, sobre productos de apoyo, accesibilidad y autonomía en las actividades de la vida diaria. Promueve la accesibilidad integral y el acceso para todos, en los entornos, productos y servicios que las personas necesitan para desarrollar su vida con plena autonomía.

Las instalaciones están dotadas con una exposición permanente de productos de apoyo, destinada a dar a conocer y mostrar, a la ciudadanía, lo que existe en el mercado, para qué sirve y cómo se usa.

De forma general el centro se dirige a toda la población y específicamente a aquella que por sus características (mayores, discapacidad), necesitan la utilización de productos de apoyo para su autonomía personal. Así mismo, también atiende colectivos profesionales que en el desarrollo de sus competencias tengan alguna relación con la discapacidad, accesibilidad, diseño (Sanidad, Educación, Vivienda...); instituciones y entidades (ayuntamientos, movimiento asociativo, colegios profesionales, ...)

Tabla 5: Evolución del total de visitantes y campañas de difusión

	2019	2020	2021
Personas visitantes	193	126	142
Campañas de difusión	6	6	5

Fuente: Consejería de Derechos Sociales. Elaboración propia

1.3. Atención a personas con trastorno mental grave/severo

Objetivo 3: Disponer del lugar residencial más adecuado para la atención a pacientes con trastorno mental grave/severo.

Para este objetivo se plantearon 5 acciones, 8 medidas y 10 indicadores.

INICIATIVA 1.3. Atención a personas con trastorno mental grave / severo	
ACCIÓN	INDICADORES
1. Creación y evaluación de nuevas plazas psicogeríatras	<ul style="list-style-type: none"> Nº de plazas psicogeríatras de nueva creación Número de pacientes en espera para ingreso en plazas psicogeríatras Porcentaje de pacientes con al menos un informe clínico anual en plazas psicogeríatras / número de pacientes ingresados Nº de pacientes con trastorno mental estable que ingresan en plazas del ERA

Las **plazas psicogeríatras** son plazas residenciales para personas que, cumpliendo los criterios de edad y circunstancias establecidos en el art. 9 del Decreto 10/98 de 19 de febrero, presentan diagnóstico de enfermedad psiquiátrica que implique alteraciones conductuales.

En estas plazas se prestan los servicios de carácter básico propios del alojamiento, manutención, limpieza, lavandería, cuidados y atenciones personales y socio-sanitarias que se precisen. Además, estarán incluidos otros servicios de carácter complementario como actividades asistenciales, ocupacionales, de ocio y tiempo libre, así como aquellos otros que garanticen una correcta atención integral a sus residentes como podología o fisioterapia, entre otros. Todo ello con el propósito de mejorar la calidad de vida de estas personas disminuyendo la sintomatología producida por su patología.

Como muestra la siguiente tabla el número total de plazas psicogerítricas en Asturias asciende a 190, habiéndose creado 65 nuevas plazas.

Tabla 6: Distribución de plazas psicogerítricas según centro (noviembre de 2020)

Centro	Plazas
ASILO DE LUARCA	5
JOVELLANOS	15 (Desde el 1 de septiembre de 2020)
CARANCOS	15
CASTA	55
OVIDA	50
PALACIO CALDONES	15
SAN PANCRACIO	15
VALLE SOL	20
TOTALES	190

Fuente: Memoria de la Comisión Técnica de Coordinación Sociosanitaria (2020)

En noviembre de 2021 el número de **personas en espera** para el ingreso es de 151 según datos facilitados por el Organismo Autónomo ERA.

En lo referente al porcentaje de pacientes ingresados en plaza psicogerítrica que cuentan con al menos un **informe clínico anual**, a propuesta del grupo de trabajo Salud Mental-ERA se ha pedido a los y las profesionales de psiquiatría de los Centros de Salud Mental que aún mantiene seguimiento de pacientes en plaza psicogerítrica y a los/las psiquiatras privados que atienden los pacientes en dichas plazas, que envíen los informes de las personas que ellos siguen en los centros. No obstante, no es posible cuantificar el número de informes realizados.

Cabe señalar que las plazas psicogerítricas tienen un coste muy superior al coste de las plazas asistidas, pero no llevan aparejada una atención diferenciada, excepto en lo referente a la atención psiquiátrica privada. Otra variable que condiciona la adecuación del recurso a las necesidades de las personas usuarias es su ubicación. La mayoría de plazas se concentran en Oviedo, Gijón y Langreo, alejando a las personas del entorno habitual e impidiendo la atención y seguimiento por parte de la red de salud mental.

El número de personas con trastorno mental grave que ingresa en **plazas normalizadas** del ERA no se puede cuantificar, mientras que las plazas psicogerítricas están ocupadas al 100%. En este sentido es importante insistir en evitar asociar diagnóstico de salud mental a plaza psicogerítrica ya que en muchos casos el/la paciente está estable y puede beneficiarse de un recurso normalizado (plaza asistida). Se trabajó un modelo de informe en que claramente se especificase si la derivación se realiza hacia una plaza normalizada o una psicogerítrica (mayo 2021)

INICIATIVA 1.3. Atención a personas con trastorno mental grave / severo	
ACCIÓN	INDICADORES
2. Atención a personas residentes en centros del ERA	<ul style="list-style-type: none"> Número de pacientes que han sido atendidos por el servicio de Salud Mental en la propia residencia Existencia de protocolo de atención a personas con problemas de salud mental en centros residenciales del ERA

Las personas con trastorno mental grave/ severo precisan de una intervención de carácter integral que debe asegurarse con independencia del lugar en el que residan asegurando la continuidad de sus tratamientos.

En lo que se refiere a la **atención en la propia residencia**, apuntar que la atención a personas con trastorno mental grave / severo que residen en plazas psicogerítricas, la realiza el/la psiquiatra contratado por la propia residencia.

En el caso concreto de los centros del ERA, los pacientes con diagnóstico de salud mental acuden a seguimiento a su Centro de Salud Mental (CSM) de referencia de forma normalizada, generalmente acompañados por personal del centro residencial o de su familia. No obstante, en algunas áreas sanitarias se desplazan profesionales del equipo de CSM un día al mes a la propia residencia para realizar seguimientos o atención específica.

Si bien no existe de un protocolo específico generalizado de atención a personas residentes con problemas de salud mental, cada CSM integra esta atención como parte de su programación asistencial normalizada.

INICIATIVA 1.3. Atención a personas con trastorno mental grave / severo	
ACCIÓN	INDICADORES
3. Alojamiento de inserción social: FASAD /Siloé	<ul style="list-style-type: none"> Número de pacientes a la espera de alojamiento en pisos protegidos Porcentaje de pacientes que finalizan la 1ª fase en alojamientos protegidos

Los **alojamientos protegidos** para personas con trastorno mental grave/severo son un recurso de alojamiento temporal que tiene como finalidad la recuperación de habilidades y autonomía suficientes que permitan a la persona su mayor nivel de integración social.

Actualmente en Asturias, según datos del Informe de Evaluación del Plan de Salud Mental 2015-2020, se dispone de pisos en 6 de las 8 áreas sanitarias, excepto las áreas II y VI. La gestión de los pisos la realizan tres entidades diferentes:

- Fundación Asturiana de Atención y Protección a Personas con Discapacidad y/o Dependencias (FASAD): Gestiona 11 viviendas con carácter temporal y finalidad rehabilitadora, si bien aún no se ha llegado a instaurar la segunda fase de menor intensidad de apoyo. Por ello, podríamos decir que actualmente sus plazas tienen una connotación más finalista, en las que los/as pacientes permanecen largo tiempo, generalmente hasta su paso a un recurso residencial.
- Fundación Siloé: En el Área Sanitaria V. Mantiene un modelo de dos fases bien diferenciadas:
 - Primera fase, de rehabilitación psicosocial intensiva. Se prolonga durante 18 meses y se desarrolla en 3 inmuebles de VIPASA cedidos al SESPA.
 - Segunda fase, de viviendas tuteladas para la vida independiente. Se trata de una intervención tutelada de media y/o baja intensidad, con el fin de afianzar los logros obtenidos en la primera fase, de modo que la persona pueda utilizar los recursos adquiridos como herramientas de inserción social de manera autónoma y satisfactoria. Tiene una duración indeterminada.
- Asociación de familiares y personas con enfermedad mental de Asturias (AFESA): En el área sanitaria IV. Desde 2019 dispone de una vivienda de fase 1, en la que se desarrolla un entrenamiento intensivo en habilidades de la vida diaria durante un período de 18-24 meses, con el objetivo de que, al finalizar este plazo, los usuarios puedan pasar a una vivienda normalizada con mínima supervisión. En 2021 se inició la segunda fase con una vivienda gestionada por los propios usuarios y apoyos de baja intensidad de la asociación.

Respecto al número de **personas en espera** para el acceso a un alojamiento en piso protegido cabe señalar que no existe una lista de espera formalizada. Cuando existe plaza disponible se realiza una valoración de personas candidatas que cumplen requisitos.

Por otro lado, la siguiente tabla ofrece datos sobre el porcentaje de **pacientes que finalizan** la 1ª fase en alojamientos protegidos:

Tabla 7: Porcentaje de personas que finalizan la primera fase de alojamiento según tipología de recurso.

	Total de usuarios/as			Total de usuarios/as que finalizan 1ª fase			Porcentaje de usuarios que finalizan 1ª fase		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021	2019	2020	2021
Fundación Siloé	13	12	13	5	4	6	38,5%	33,3%	46,1%
AFESA	3	3	3	-	-	3	-	-	100%
Fundación FASAD*	31	31	31	-	-	-	-	-	-

*No se puede cuantificar ya que no disponen de fase II

Fuente: Elaboración propia

SILOÉ dispone de 9 plazas de alojamiento en primera fase. El número de personas usuarias es mayor porque la permanencia es de 18 meses y depende de la movilidad de personas en ese periodo, bien por agotamiento del plazo de permanencia, salida a segunda fase o altas voluntarias. Las personas que pasan a segunda fase siguen incluidas en el programa de vida independiente con supervisión. Así en 2019 contaban con 35 personas (Fase 1 y 2), en 2020 39 personas (fase 1 y 2) y en 2021 con 48 personas (fase 1 y 2).

Por su parte AFESA dispone de una vivienda con 3 plazas. Al finalizar el periodo de 18 meses establecido causan alta. En 2020 se prorrogó la estancia a consecuencia de la pandemia y las tres personas fueron alta en 2021 (una retornó a Comunidad Terapéutica y dos a vida independiente en piso de alquiler de segunda fase).

INICIATIVA 1.3. Atención a personas con trastorno mental grave / severo	
ACCIÓN	INDICADORES
4. Gestión de la unidad residencial de Meres por salud en coordinación con servicios sociales	<ul style="list-style-type: none"> Nº de pacientes residentes en el centro menores de 50 años

La **unidad residencial de Meres** es un alojamiento gestionado únicamente por la red de Salud Mental para personas con trastorno mental grave/severo menores de 50 años, sin embargo, da cabida a personas mayores de esa edad, ya que no siempre existe posibilidad de encontrarles un recurso adecuado a su proyecto vital cuando la sobrepasan.

Esta unidad cuenta con un total de 26 camas de las que 7 están ocupadas por personas que en la actualidad cuentan con edad inferior a 50 años.

INICIATIVA 1.3. Atención a personas con trastorno mental grave / severo	
ACCIÓN	INDICADORES
5. Impulsar la coordinación entre los servicios y profesionales implicados en la atención a personas con trastorno mental para una continuidad de cuidados de calidad	<ul style="list-style-type: none"> Existencia de protocolo de continuidad de cuidados sociales y sanitarios en personas con problemas de trastorno mental

Tal y cómo ya se ha abordado en apartados anteriores, a fin de optimización de esfuerzos y recursos, los grupos de trabajo implicados en el desarrollo del Plan Sociosanitario propusieron el desarrollo de protocolos integrales y transversales que dieran servicio a todas las acciones contempladas.

En este sentido, y de cara al indicador propuesto en este punto, cabe decir que existen los protocolos de coordinación sociosanitaria, higiene de manos, salud oral y promoción del buen trato ya expuestos con los que se pretende facilitar la **continuidad de cuidados sociales y sanitarios**.

1.4. Atención a personas en riesgo de exclusión social

Objetivo 4: Atender las necesidades sociosanitarias de las personas más vulnerables dentro del colectivo de personas en exclusión social.

Para este objetivo se plantearon 4 acciones, 17 medidas y 9 indicadores.

INICIATIVA 1.4. Atención a personas en riesgo de exclusión social	
ACCIÓN	INDICADORES
1. Atención sociosanitaria para personas sin hogar	<ul style="list-style-type: none">• Existencia de protocolo coordinado de intervención con personas sin hogar desde los servicios sociales y sanitarios• Total de personas sin hogar que acceden a recursos de baja exigencia

El **sinhogarismo** es un fenómeno complejo que define la situación en que se encuentra una persona cuando carece de una vivienda en la que vivir y desarrollar su proyecto vital. Tiene su raíz en la exclusión residencial y social, la desigualdad económica, la falta de acceso a derechos básicos y la invisibilidad de las personas que lo sufren. (Arturo Coego. Curso Atención sociosanitaria a personas sin hogar).

Intervenir con estas personas requiere por tanto de procesos integrales, integrados y coordinados desde los servicios sanitarios y sociales. Durante la vigencia del Plan Sociosanitario se ha dado los primeros pasos en esta dirección con el “Protocolo para mejorar la coordinación sociosanitaria entre los ámbitos sanitario y social”, si bien es necesario continuar trabajando en la especificación de procesos que den respuesta a las necesidades concretas de este colectivo.

Los **recursos de baja exigencia** (también denominados programas, servicios y recursos de reducción del daño o exigencia adaptada) llevan años dando respuesta en Asturias a las necesidades de las personas en situaciones de vulnerabilidad, pobreza y exclusión social. Sus características principales son:

- Ser espacios que satisfacen las necesidades básicas de carácter personal, psicológico y social.
- Ser espacios o servicios generadores de vínculos, pertenencia, así como de relaciones de buen trato, entre hombres y mujeres en situación de vulnerabilidad.
- Ser espacios flexibles, empáticos y que ayuden a sentar las bases para integrar, normalizar y avanzar en cada proceso vital.

En Asturias, existen diversas tipologías de centros, dispositivos o programas de baja exigencia. En general, podemos clasificarlos atendiendo al cuadro siguiente:

Tabla 8: Tipos de centros de baja exigencia en Asturias

TIPOS DE CENTROS DE BAJA EXIGENCIA	SUBTIPOS
Centros Residenciales	Albergues Centro de acogida a personas con adicciones Centros residenciales para personas a tratamiento con metadona Programa de viviendas Housing First
Centros de día	Atención a Personas Sin Hogar (PSH) Atención a PSH con problemas de adicciones Atención a PSH a tratamiento con metadona
Centros Nocturnos	Centros nocturnos de Atención a Personas Sin Hogar
Atención en calle	Equipos de profesionales de trabajo de calle
Comedores sociales	Con equipo de atención social / Sin equipo de atención social

Fuente: Protocolo de buenas prácticas para la reducción del daño y la exigencia adaptada (2019).

Cuantificar el **número total de personas sin hogar que acceden a recursos de baja exigencia** no es posible dadas las características de estos recursos. Además, es muy frecuente que una misma persona pueda hacer uso al mismo tiempo de varios de los recursos en tanto son complementarios (por ejemplo, comedor social y del centro nocturno), y al mes siguiente puede ser que esa misma persona pase a ser usuaria de un albergue. A modo de ejemplo se muestran los datos de uso del Centro de Encuentro y Acogida (CEA) en los últimos años.

Tabla 9: Personas usuarias del CEA

2019			2020			2021		
Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
107	37	144	56	20	76	58	17	75

Fuente: D.G. de Salud Pública. Elaboración propia.

INICIATIVA 1.4. Atención a personas en riesgo de exclusión social	
ACCIÓN	INDICADORES
2. Atención sociosanitaria a personas con compromisos acordados en el PPIS, que estén relacionados con los cuidados de salud, la continuidad asistencial y la adherencia a los tratamientos	<ul style="list-style-type: none"> Número de casos complejos de Salario Social Básico en los que se realizó coordinación sociosanitaria Total de casos complejos de Salario Social Básico en los que se realizó coordinación entre Salud Mental y servicios sociales

El decreto 70/2016 por el que se establecen órganos de planificación y apoyo para la mejora de la atención y coordinación sociosanitaria en el Principado de Asturias contempla entre las funciones de los Equipos de Coordinación Sociosanitaria la de abordar aquellos **casos complejos** que precisen de una respuesta conjunta, simultánea o sucesiva, por parte de los

servicios sanitarios y sociales, analizarlos en común y adoptar soluciones coordinadas en su ámbito de actuación profesional, con una metodología de trabajo compartida.

De acuerdo con ello, y según se refleja en las memorias anuales de estos equipos, se ha dado cumplimiento a esta labor, si bien actualmente los registros y sistemas de información no permiten cuantificar el número de casos complejos de Salario Social Básico (SSB) en los que se realizó coordinación sociosanitaria ni el total de casos en los que se trabajó conjuntamente entre Salud Mental y servicios sociales.

INICIATIVA 1.4. Atención a personas en riesgo de exclusión social	
ACCIÓN	INDICADORES
3. Desarrollar e implantar las actuaciones en la atención integral en materia de drogas y bebidas alcohólicas	<ul style="list-style-type: none"> Existencia de protocolo coordinado de intervención de incorporación social e itinerario terapéutico Número de personas sometidas a medida judicial o penitenciaria que participan en programas de inserción

La atención integral a personas en riesgo de exclusión por causa de drogas y bebidas alcohólicas supone una complejidad que requiere de coordinación de incorporación social e itinerario terapéutico. Para conseguirlo existen **protocolos coordinados de intervención**, se trata de documentos técnicos y tienen por objeto articular la coordinación entre los dispositivos del SESPA y las entidades que gestionan los recursos asistenciales y de incorporación: comunicaciones y derivaciones, seguimiento, etc.

Por otro lado, y en lo que se refiere a estas personas, nos encontramos con que una parte de ellas se encuentran **sometidas a medida judicial o penitenciaria** a la vez que participan en programas de inserción. Cuantificar el número total de personas que se encuentran en esta situación no resulta factible ya que los programas de inserción desarrollados en Asturias son numerosos y articulados por diferentes entidades socio-sanitarias. Pero sí que se puede destacar el programa de Intervención en Drogodependencias en los Juzgados de Oviedo y Gijón desde el año 2003 por el **Servicio Interdisciplinar de Atención a las Drogodependencias (SIAD)**.

Este programa es desarrollado por el Equipo Técnico de Drogodependencias en Juzgados, equipo multidisciplinar que atiende a la población consumidora de drogas con problemática legal, asesorando a usuarios y profesionales de la red asistencial sobre cuestiones jurídicas y a los operadores judiciales sobre cuestiones relacionadas con las drogodependencias.

Algunos de los objetivos de la intervención en Juzgados/Audiencia Provincial son:

- Detección de la población drogodelincuente,
- Valoración sobre las circunstancias socio-personales de los drogodependientes con problemas legales,

- Coordinación con los órganos judiciales, dirigida al conocimiento global de la situación biopsicosocial del drogodependiente para que así conste en los procedimientos judiciales y con los profesionales de los recursos asistenciales públicos/privados.

Tabla 10: Personas beneficiarias del SIAD informadas en calabozos.

2019			2020			2021		
Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
506	52	558	547	64	611	655	88	743

Fuente: Fuente: D.G. de Salud Pública. Elaboración propia.

INICIATIVA 1.4. Atención a personas en riesgo de exclusión social	
ACCIÓN	INDICADORES
4. Atención sociosanitaria en el Centro Penitenciario de Asturias	<ul style="list-style-type: none"> • Creación de un grupo de trabajo de coordinación sociosanitaria entre profesionales de la Comunidad Autónoma y del Centro Penitenciario de Asturias • Existencia de documento de definición de la cartera de servicios asistenciales en el centro penitenciario en coordinación con los servicios sociales y sanitarios • Existencia de memoria anual de actividades asistenciales relacionadas con la actividad coordinada con el sistema sanitario y social

Al objeto de definir la atención sociosanitaria de las personas que cumplen condena en el Centro Penitenciario de Asturias (CPA) **se ha creado un Grupo de Trabajo de Coordinación Ámbito Penitenciario de Asturias** en el que participan miembros del ámbito sanitario, de servicios sociales y del propio centro.

Este grupo constituido en 2020 ha elaborado el **documento** borrador denominado “Protocolo de Coordinación Sociosanitaria con el Centro Penitenciario de Asturias (CPA)” estructurado en dos apartados.

El primero de ellos recoge el “Protocolo de Coordinación en el Trastorno Mental grave (TMG)”, instrumento con el que se persigue dar continuidad a los cuidados sociosanitarios de las personas con TMG que ingresan en el Centro Penitenciario de Asturias (CPA) o en el Centro de Inserción Social de Asturias (CIS) procedentes de libertad, así como en los supuestos de tercer grado o excarcelados en esta situación.

Para ello se establecen 6 Circuitos de Atención coordinada según la situación:

1. Ingreso procedente de libertad de una persona en el CPA o ingreso directo en el centro de inserción social (CIS).
2. Ingreso en el CIS de persona con TMG de alta en PAIEM del centro penitenciario de Asturias (CPA).

3. Ingreso en el centro penitenciario de Asturias (CPA) de persona con TMG del programa puente del CIS.
4. Libertad definitiva de una persona con TMG en el CPA/CIS.
5. Circuito valoración psicosocial al ingreso en CPA/CIS
6. Circuito valoración psicosocial a la salida CPA/CIS

El segundo de los apartados denominado “solicitud directa de valoración de recursos de alojamiento para personas con discapacidad y/o dependencia” tiene por objeto establecer una vía de Solicitud directa de valoración por parte del Servicio de Mayores, Diversidad Funcional y Autonomía Personal, de un recurso de alojamiento adecuado para personas reclusas con discapacidad y/o dependencia, a su salida del Centro Penitenciario.

Así mismo, también existe una **memoria anual** en la que se recogen las actividades realizadas por el grupo en materia de coordinación sociosanitaria.

Cabe señalar que el grupo de trabajo retomó su actividad en octubre de 2021 y se prevé que continúe desarrollando las medidas asociadas al mismo.

1.5. Atención a personas menores de edad con alta vulnerabilidad

A) Menores atendidos en las Unidades de Atención Infantil Temprana

Objetivo 5: Favorecer que las niñas y los niños de nuestra Comunidad Autónoma, que presenten trastornos en su desarrollo o tengan riesgo de padecerlos, reciban el tratamiento adecuado e integral, a través de las Unidades de Atención Infantil Temprana (UAIT) y salud (red de Atención Primaria y Hospitalaria), complementando actuaciones y estableciendo para ello los canales precisos de coordinación. Posibilitando así, su integración en el medio familiar, escolar y social, y potenciando al máximo su autonomía personal

INICIATIVA 1.5. Atención a personas menores de edad con alta vulnerabilidad Menores atendidos en las Unidades de Atención Infantil Temprana	
ACCIÓN	INDICADORES
1. Mejorar la comunicación y la coordinación.	<ul style="list-style-type: none"> • Existencia de un protocolo común de coordinación entre las unidades de Atención Infantil Temprana, Pediatría y servicios de Rehabilitación.

La **Atención Infantil Temprana** es el conjunto de actuaciones planificadas que con carácter global e interdisciplinario se dirigen a la prevención, detección, diagnóstico y abordaje terapéutico de los trastornos del desarrollo infantil en proceso de crecimiento, de las situaciones de dependencia que generen, así como de las situaciones de riesgo social y biológico que puedan alterar dicho proceso.

Estas actuaciones son desarrolladas por un servicio descentralizado compuesto por un equipo interdisciplinar que elaborará para cada caso un Plan Individual de Desarrollo donde se recogerán las actuaciones y tratamientos que se le ofrecerán, proporcionando a los menores y sus familias los apoyos necesarios para el máximo desarrollo de sus potencialidades.

El acceso a estas unidades se realiza por derivación directa desde los servicios de pediatría de atención primaria de salud.

Para mejorar la coordinación se ha venido trabajando en la elaboración de un proyecto de decreto que regule la atención temprana en Asturias y se ha establecido un **protocolo de derivación** de casos entre las Unidades de Atención Infantil Temprana pública/privada.

También existe un documento-propuesta relativo a la intervención en estas unidades, en el que además del procedimiento de intervención, se concreta el marco de coordinación con salud y educación.

B) Atención a menores tutelados/as

Objetivo 6: Mejorar la atención a menores tutelados/as y en acogimiento residencial, coordinando planes y actuaciones, y generando modelos y recursos adaptados a las nuevas necesidades de atención en salud mental de esta población

INICIATIVA 1.5. Atención a personas menores de edad con alta vulnerabilidad Atención a menores tutelados/as	
ACCIÓN	INDICADORES
1. Mejorar la atención en salud.	<ul style="list-style-type: none"> • Publicación del libro de menús saludables • Porcentaje de implantación en los centros de menús saludables • Porcentaje de personal con formación en menús saludables • Creación de grupo de trabajo “Protocolo de coordinación Unidades Hospitalarias de Pediatría e Instituto de la Infancia” • Grado de actualización de protocolos de coordinación

Integrar la alimentación saludable en los hábitos de vida es un garante de bienestar que contribuye al desarrollo integral de los menores a la vez que atiende a su salud. Por ello, la coordinación sociosanitaria se ha fijado en el desarrollo de **menús saludables** para la población menor de edad sujeta a tutela por parte de la administración.



En relación a la implantación del Programa de Alimentación Saludable, en enero de 2022, se ha publicado y distribuido el **libro** “Cuaderno de menús saludables: ¡Qué aproveche!”¹⁰ en la totalidad de centros de acogimiento residencial de menores y aproximadamente un 25% del personal ha recibido formación en este programa.

C) Menores de edad con problemas de salud mental

Objetivo 7: Analizar el modelo de intervención en salud mental infantil y adolescente para realizar aquellos ajustes que permitan intervenir de una forma eficaz y adaptada a las nuevas necesidades de esta población.

INICIATIVA 1.5. Atención a personas menores de edad con alta vulnerabilidad Menores de edad con problemas de salud mental	
ACCIÓN	INDICADORES
1. Potenciar el trabajo del grupo Regional.	<ul style="list-style-type: none"> Nº de centros de menores tutelados con protocolo de coordinación salud mental, servicios sociales y educación

La alta vulnerabilidad de la población menor de edad sujeta a tutela por parte de la administración requiere de intervenciones con un alto nivel de especialización en el que han de intervenir de forma simultánea profesionales de salud mental, servicios sociales y educación.

A fin de protocolizar este **sistema coordinado de trabajo**, y según se recoge en el informe de evaluación del Plan Salud Mental 2015-2020, desde la Comisión de Infanto-Juvenil de los Servicios de Salud Mental, el Grupo Regional Salud Mental-Educación y el Grupo Regional Salud Mental, Educación, Servicios Sociales, se ha trabajado en el modo de implementar estos mecanismos de colaboración.

1.6. Atención a personas que sufren violencia o maltrato

Objetivo 8: Identificar y proteger a las personas en riesgo de violencia o maltrato.

Para este objetivo se plantearon 3 acciones, 9 medidas y 4 indicadores.

¹⁰https://www.socialasturias.es/servicios-sociales/publicaciones/infancia-y-familia_613_1_ap.html

INICIATIVA 1.6. Atención a personas que sufren violencia o maltrato	
ACCIÓN	INDICADORES
1. Detectar, prevenir e intervenir ante situaciones de maltrato a las personas mayores y con diversidad funcional	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de protocolos de promoción de buen trato y detección e intervención de maltrato a personas mayores y con diversidad funcional • Número de casos detectados

La alta incidencia del **maltrato a las personas mayores** y sus implicaciones, tanto sociales como a nivel de salud, requieren de una respuesta coordinada y transversal de las instituciones públicas, situándose la atención sociosanitaria como un elemento clave.

Para abordar esta problemática se ha elaborado el **Protocolo de Promoción de Buen Trato y Detección e Intervención de Maltrato a Personas Mayores y con Diversidad Funcional**, una herramienta cuyo objetivo es avanzar hacia una sociedad mejor, más respetuosa e inclusiva, en la que se preste especial atención a la diferencia entre las personas y a sus situaciones de vulnerabilidad.

Este Protocolo busca facilitar una intervención coordinada entre las administraciones y sistemas de protección, además de sensibilizar a profesionales, organizaciones y a la sociedad en general sobre la necesidad de tratar bien a nuestros mayores, prevenir e intervenir ante cualquier situación de maltrato. Además del documento general se elaboraron y difundieron 3 guías específicas para uso del personal de ambos sistemas¹¹.



¹¹ [Protocolo sociosanitario para promover el buen trato a las personas mayores y prevenir, detectar e intervenir ante casos de maltrato](#) Consejería de Derechos Sociales y Bienestar del Principado de Asturias (socialasturias.es)

[Guía de actuación desde el ámbito de servicios sociales: centros de servicios sociales y unidades de trabajo social](#) (socialasturias.es)

[Guía de actuación desde el ámbito de servicios sociales: centros, programas o servicios de atención a personas mayores](#) (socialasturias.es)

[Astursalud - Protocolo Sociosanitario para la Promoción del Buen Trato y la Detección e Intervención ante el Maltrato a Personas Mayores](#)

INICIATIVA 1.6. Atención a personas que sufren violencia o maltrato	
ACCIÓN	INDICADORES
2. Atención al maltrato y desprotección infantil	<ul style="list-style-type: none"> Total de centros sanitarios y sociales que intervienen con menores y han difundido al Guía de Actuaciones ante situaciones de maltrato infantil

La satisfacción de las necesidades básicas de los menores y la atención a su completo bienestar recae sobre múltiples agentes e instituciones lo que crea una red de relaciones que interaccionan de forma que sólo la suma de esfuerzos conjuntos es capaz de una intervención eficiente y efectiva.

Los centros sanitarios y sociales son espacios donde sus profesionales disponen de la importante oportunidad de observar indicadores que puedan hacer sospechar que se está en presencia de un caso de maltrato infantil. Al objeto de facilitar tanto la detección como la comunicación de estos casos se han elaborado y difundido sendas guías de actuación ante situaciones de maltrato infantil.

Estas guías han sido distribuidas en el **total de los centros sociales y sanitarios**, existiendo además un protocolo específico en todos los centros del SESPA y en los sistemas informáticos (SELENE, MILLENNIUM, OMI-AP) de recogida de datos tanto en atención hospitalaria como en atención primaria¹².



INICIATIVA 1.6. Atención a personas que sufren violencia o maltrato	
ACCIÓN	INDICADORES
3. Atención a mujeres que sufren violencia de género	<ul style="list-style-type: none"> Número de centros sanitarios que han difundido el Protocolo Sanitario para mejorar la atención a las mujeres que sufren violencia de género en Asturias

La violencia de género (en adelante violencia contra las mujeres) es un problema social y sanitario que afecta a todas las esferas de su vida y en particular a la salud física y psíquica con consecuencias sobre quien la sufre, sus hijos, sus familiares y personas cercanas, y de forma indirecta sobre el conjunto de la sociedad.

¹² https://www.socialasturias.es/publicaciones/atencion-especifica-a-menores/publicaciones_369_1_ap.html

<https://www.astursalud.es/categorias/-/categorias/profesionales/05000area-sociosanitaria/08000guia-de-actuacion-sanitaria-para-la-atencion-al-maltrato-infantil>

Los profesionales de la salud tienen un papel fundamental en la resolución de problemas derivados de la violencia, procurando, por una parte, la recuperación de la salud mediante una actuación global, integrada y coordinada y, por otra, contribuyendo a la prevención a través de la correcta intervención de las instituciones.

Por ello, el Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) cuenta desde el año 2003 con un protocolo específico **“Protocolo sanitario para mejorar la atención a las mujeres que sufren violencia”**¹³ documento que se integra en el Protocolo Interdepartamental de Asistencia a Víctimas de Violencia de Género en el Principado de Asturias.

El objetivo principal de este protocolo es fijar las pautas de actuación comunes para profesionales de la rama sanitaria que garanticen:

- La atención sanitaria adecuada a las mujeres que han sido víctimas de violencia.
- La aportación de pruebas precisas para que el delito pueda ser perseguido y castigado.
- La atención social integral de las mujeres víctimas de violencia en coordinación con el resto de las administraciones y servicios implicados.



Este **protocolo se ha difundido en el 100% de los centros sanitarios.**

Además, anualmente se realizan formaciones específicas sobre el mismo tanto en colaboración con el IAAP como con la programación de sesiones clínicas.

1.7. Atención a personas al final de la vida

Objetivo 9: Dignificar a la persona al final de la vida, incrementar la cobertura de la atención de cuidados paliativos y plantear un trabajo en red de profesionales del ámbito de los cuidados paliativos.

Para este objetivo se plantearon 5 acciones, 5 medidas y 4 indicadores.

¹³<https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/protocolo-para-mejorar-la-atencion-sanitaria-a-las-mujeres-que-sufren-violencia-de-genero>

INICIATIVA 1.7. Atención a personas al final de la vida	
ACCIÓN	INDICADORES
1. Potenciar la intimidad personal y familiar con habitación individual para personas al final de la vida	<ul style="list-style-type: none"> • Número de centros sanitarios y centros residenciales sociales en los que se oferta habitación individual a personas al fin de la vida • Porcentaje de personas en el proceso final de vida con valoración o revisión de la situación de dependencia • Porcentaje de personas en el proceso final de la vida con Documento de Instrucciones Previas otorgado en el ámbito sanitario de Asturias • Existencia de protocolo de atención a personas al fin de la vida en centros residenciales sociales
2. Facilitar el acompañamiento de personas al final de la vida	
3.- Respetar las preferencias de las personas al final de la vida	
4.- Aumentar la cobertura de la atención de cuidados paliativos a todas las personas con necesidades sociosanitarias	
5.- Trabajar en red y alinear a profesionales del sistema sanitario y social, Tercer Sector y voluntariado en el modelo al final de la vida	

La Ley 5/2018, de 22 de junio, sobre derechos y garantías de la dignidad de las personas en el **proceso del final de la vida** del Principado de Asturias reconoce la necesidad de consolidación del respeto a la dignidad, como un valor intrínseco que todo ser humano merece, con independencia de su grado de autonomía o de la duración potencial de su vida.

La ley recoge que las personas que se encuentren en el proceso del final de su vida tienen derecho a que todas aquellas personas que les asisten durante el mismo, les otorguen un trato digno respetando sus convicciones personales, principalmente las relacionadas con sus creencias ideológicas, religiosas, socioculturales, de género y de pudor, cualquiera que sea el padecimiento que presenten, y a que se haga extensivo a sus familiares o personas allegadas.

En el total de los centros residenciales del ERA (26 centros de gestión directa) se oferta **habitación de uso individual** a las personas al final de la vida. En el ámbito sanitario, existen 5 Unidades Hospitalarias de Cuidados Paliativos (1 en Oviedo, 2 en Gijón y 2 en Langreo), en las que se oferta habitación individual a las personas al final de la vida. Además, en todos los dispositivos hospitalarios de Cuidados Paliativos se facilita el acompañamiento a las personas en el final de la vida.

Las limitaciones impuestas por la normativa en protección de datos, así como las características de los sistemas de información y las particularidades en el proceso del final de la vida impide conocer y calcular porcentajes de personas con valoración o revisión de la situación de dependencia o con Documento de Instrucciones Previas otorgado.

Existe un **protocolo de atención** a las personas al final de la vida implantado en todos los centros residenciales públicos de personas mayores y con discapacidad. Además, cabe destacar que desde la Dirección General de Cuidados, Humanización y Atención Sociosanitaria de la Consejería de Salud con la colaboración del SESPA, se ha elaborado un Plan de Humanización para la atención sanitaria, en el que se recoge la dignificación de las personas al final de la vida.

1.8. Atención a personas vulnerables con problemas de salud oral

Objetivo 10: Dirigir actuaciones de promoción al colectivo diana sociosanitario con problemas de salud oral y ofrecer cuidados odontológicos adaptados a las necesidades de esta población.

Para este objetivo se plantearon 3 acciones, 9 medidas y 4 indicadores.

INICIATIVA 1.8. Atención a personas vulnerables con problemas de salud oral	
ACCIÓN	INDICADORES
1. Atención a personas con discapacidad intelectual y problemas de salud oral	<ul style="list-style-type: none">Existencia de protocolo de atención a personas con discapacidad intelectual y problemas de salud oral

Fruto de la colaboración entre la Consejería de Salud y la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar, y a fin de dar respuesta al compromiso con la salud oral recogido en este objetivo, se elabora el **“Protocolo para la Atención a la Salud Oral de la Población Vulnerable en Asturias”** el cual incidirá sobre los grupos poblacionales a los se refieren las tres acciones planteadas.



La finalidad de este documento es proporcionar a los profesionales que atienden a las personas usuarias de los Establecimientos Residenciales para Ancianos (ERA), de los Centros de Apoyo a la Integración (CAI), de los Centros Residenciales para Personas con Diversidad Funcional y de los Centros Hospitalarios del Principado de Asturias, un conjunto de recomendaciones destinadas a atender las necesidades de higiene oral básica de esta población (junto con un sistema de registro y monitorización), así como a mejorar su bienestar.

INICIATIVA 1.8. Atención a personas vulnerables con problemas de salud oral	
ACCIÓN	INDICADORES
2. Atención a personas mayores con problemas de salud oral	<ul style="list-style-type: none">Difusión de información sobre salud oral para personas mayores en AstursaludExistencia de protocolo de promoción de la salud oral y cuidados para personas que viven en centros residenciales del ERA

El “Protocolo para la Atención a la Salud Oral de la Población Vulnerable en Asturias” pretende poner el foco en el cuidado rutinario de la boca, de manera que el cepillado dental, la limpieza y el mantenimiento de las prótesis de las personas más vulnerables se realicen de manera adecuada en los centros que acogen a estos colectivos.

Esta tarea, que pretende mejorar su calidad de vida, es una responsabilidad que depende en gran medida de las administraciones públicas, pero que debe abarcar también al ámbito privado y a las personas que atienden a sus familiares de manera no profesional, aportando recursos y conocimientos destinados a esta finalidad.

Para **difundir esta información** sobre la salud oral se ha elaborado un folleto y se ha creado un espacio específico en la web de astursalud¹⁴. Así mismo, se han impartido al menos dos cursos entre profesionales (TCAE y enfermería) de los centros sociosanitarios.

INICIATIVA 1.8. Atención a personas vulnerables con problemas de salud oral	
ACCIÓN	INDICADORES
3. Atención a personas en riesgo de exclusión social con problemas de salud oral	<ul style="list-style-type: none"> Existencia de actividades de colaboración con entidades que desarrollen proyectos específicos de salud buco oral como Caritas, entre otras.

En relación a la existencia de **actividades de colaboración** para el desarrollo de proyectos específicos de salud buco oral, la actividad prevista con la clínica de asistencia bucodental de Cáritas no pudo llevarse a cabo debido al cierre del recurso.

Sin embargo desde el año 2002 contamos con el Instituto Asturiano de Odontología (IAO) un centro en convenio con la Universidad de Oviedo que ofrece servicios ortodóncicos a la población general: servicios de odontología, ortodoncia y de formación. Este centro desarrolla un programa específico en colaboración con los Servicios Sociales Municipales dirigido a población vulnerable, con precios reducidos sobre las tarifas estándar.

1.9. Atención a personas con enfermedades neurodegenerativas, neuromusculares, poco frecuentes y de difícil clasificación con alta dependencia.

Objetivo 11: Mejorar la continuidad de la atención sanitaria y social, proporcionando la asistencia y el soporte de los servicios de atención personal a las personas cuyas enfermedades generan graves dependencias y a quienes las cuidan.

Para este objetivo se plantearon 3 acciones, 4 medidas y 3 indicadores.

¹⁴ <https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/protocolo-para-la-atencion-a-la-salud-oral-de-la-poblacion-vulnerable-en-asturias>

INICIATIVA 1.9. Atención a personas con enfermedades neurodegenerativas, neuromusculares, poco frecuentes y de difícil clasificación con alta dependencia	
ACCIÓN	INDICADORES
1. Colaboración con el Centro de Referencia Estatal de Langreo para la atención a enfermedades neurodegenerativas	<ul style="list-style-type: none"> Existencia de protocolo de coordinación social y sanitario con el Centro de Referencia Estatal de Langreo

Los Centros de Referencia Estatal son recursos sociosanitarios dedicados a la atención, innovación y mejora, cuya competencia corresponde al Gobierno central.

En julio de 2021 se constituyó la Comisión de seguimiento del protocolo general de actuación suscrito entre el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) y la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar del Gobierno del Principado para el desarrollo de programas del **Centro de Referencia Estatal para personas con Discapacidades Neurológicas (CREDINE) de Langreo**.

Para poder articular la colaboración con la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar del Principado de Asturias, el IMSERSO dispone de un **protocolo general de actuación para el desarrollo de programas en el centro** que permitirá al CREDINE apoyarse en los servicios sociales del Principado de Asturias para la derivación de personas usuarias. En el protocolo ambas partes se comprometieron a fomentar actuaciones conjuntas con los siguientes objetivos:

- Promover la autonomía personal y la atención a personas en situación de dependencia por graves discapacidades neurológicas y a sus familias.
- Desarrollar programas, métodos y técnicas innovadoras de intervención en atención social y sanitaria para la rehabilitación, el apoyo a la integración y el soporte social a personas con discapacidad neurológica.
- Apoyar a familias, instituciones y organizaciones mediante acciones de información, asesoramiento y formación.
- Impulsar la investigación en el ámbito social, sanitario y rehabilitador en beneficio de las personas con discapacidades neurológicas a través de acuerdos con universidades y centros científicos.

En marzo de 2020, y en coordinación con la Delegación del Gobierno en Asturias, el CREDINE se puso a disposición del Gobierno del Principado para colaborar en la situación de emergencia sanitaria derivada de la pandemia por COVID-19. Desde mayo de 2021 concluyó esta colaboración retomando su actividad, ultimando la contratación de servicios y la reorganización logística del centro para desarrollar las actividades de gestión y el pilotaje de dos proyectos sobre daño neurológico, enfocados hacia la intervención social, psicológica y de atención a la salud, en cuanto al daño neurológico derivado de la COVID-19 y en general por situaciones de daño cerebral sobrevenido.

INICIATIVA 1.9. Atención a personas con enfermedades neurodegenerativas, neuromusculares, poco frecuentes y de difícil clasificación con alta dependencia	
ACCIÓN	INDICADORES
2. Garantizar la continuidad asistencial en momentos de crisis mediante la coordinación de los recursos sociales y sanitarios	<ul style="list-style-type: none"> Existencia de protocolo de intervención coordinada social y sanitaria a personas con enfermedades neurodegenerativas

Como se señala en el punto anterior se prevé el desarrollo de programas, métodos y técnicas innovadoras de intervención en atención social y sanitaria para la rehabilitación, el apoyo a la integración y el soporte social a personas con discapacidad neurológica previsto en el protocolo general de actuación del CREDINE, lo que posibilitará la **intervención coordinada** con este colectivo.

INICIATIVA 1.9. Atención a personas con enfermedades neurodegenerativas, neuromusculares, poco frecuentes y de difícil clasificación con alta dependencia	
ACCIÓN	INDICADORES
3. Mantener la autonomía de los pacientes y dar soporte a quienes les cuidan mediante un abordaje multidisciplinar e interdisciplinar	<ul style="list-style-type: none"> Porcentaje de centros de día y residenciales que tiene implantado un protocolo de detección e intervención precoz en enfermedades neurodegenerativas

Si bien no existe un protocolo específico para la detección e intervención precoz en enfermedades neurodegenerativas, como ya se ha referido el “Protocolo para mejorar la coordinación sociosanitaria entre los ámbitos sanitario y social” posibilitaría la actuación coordinada con esta población por parte ambos sistemas.

En relación al **porcentaje de centros de día y residenciales que tiene implantado un protocolo de detección e intervención precoz en enfermedades degenerativas** no es posible conocer dicho dato dadas las limitaciones de los sistemas de información actuales.

Línea estratégica 2: Sistema de información y comunicación sociosanitario

Esta línea incide en la importancia y necesidad para una adecuada coordinación sociosanitaria de sentar las bases para un registro compartido de la información entre ambos sistemas.

2.1. Desarrollo de la historia social electrónica

Objetivo 12: Diseño e implantación de la historia social electrónica como elemento fundamental y estratégico para el desarrollo del sistema público de servicios sociales, y como vector de modernización y de innovación de cara a las necesidades presentes y futuras.

Para este objetivo se plantearon 1 acción, 1 medida y 1 indicador.

INICIATIVA 2.1. Desarrollo de la historia social electrónica	
ACCIÓN	INDICADORES
1. Diseño e implementación de la historia social electrónica en el sistema público de servicios sociales	<ul style="list-style-type: none">Elaboración del cronograma de desarrollo e implantación de la historia social electrónica

La **Historia Social Única Electrónica (en adelante HSUe)** constituye una pieza central del sistema de información de los servicios sociales. Se concreta en una plataforma informática que reúne el conjunto de información y documentos en formato electrónico en los que se contiene toda la información sobre la situación y la evolución de la atención social de las personas usuaria del Sistema Asturiano de Servicios Sociales. Su desarrollo requiere de actuaciones en tres ámbitos:

- Desarrollo del marco jurídico que dé amparo al uso de la plataforma en que se concretará la HSUe: para ello se aprobó la Ley 4/2019, de 15 de marzo, de modificación de la Ley 1/2003 de 24 de febrero de Servicios Sociales. Actualmente se está trabajando en su desarrollo reglamentario.
- Desarrollo del marco funcional desde una metodología de calidad: se elaboró el Mapa de Procesos y Sistemas y el borrador el Catálogo de Servicios y Prestaciones. Este marco permite establecer las fases de desarrollo del proyecto.
- Desarrollo del marco tecnológico, mediante el desarrollo y puesta en marcha del Visor Piloto de la HSUe: se trata de una aplicación informática web que opera como una capa que consulta a los sistemas previos de información. En este sentido representa una versión prototipo de la HSUe que ha permitido testar la interoperabilidad de los sistemas de información actuales, así como validar la información, probar su trazabilidad y congruencia interna.

Respecto al indicador señalado se elaboró un **cronograma de desarrollo e implantación de la historia social electrónica**. Actualmente se está trabajando en la diseño, licitación y desarrollo de diferentes módulos funcionales que componen la plataforma HSUE: Sistema de información Gestión de Centros de Cuidados de Larga Duración, módulos para Servicios Sociales Municipales, Dependencia, etc vinculados a los proyectos con cargo a los fondos europeos procedentes del Mecanismo para la Recuperación y Resiliencia (fondos MRR)

2.2. Integración de historia clínica e historia social

Objetivo 13: Trabajar en una historia sociosanitaria que integre elementos necesarios de la historia clínica y social de una persona.

Para este objetivo se plantearon 2 acciones, 2 medidas y 2 indicadores.

INICIATIVA 2.2. Integración de historia clínica e historia social	
ACCIÓN	INDICADORES
1. Código de identificación personal sociosanitario	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar la integración del CIP- ASTU en la historia social electrónica
2. Facilitar la interoperabilidad entre la historia social y la historia clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Creación y puesta en marcha de la plataforma de integración entre ambas historias electrónicas

La atención sociosanitaria necesita de la información que, sobre la historia clínica y social de una persona, está recogida tanto en la historia clínica electrónica como en la futura historia social electrónica. La **integración de ambas historias**, en aquellos elementos estrictamente necesarios, se contempla tanto para los dispositivos asistenciales clínicos como sociales en sus diferentes tipologías, tanto residenciales como diurnos o domiciliarios, prestando especial atención a aquellos dirigidos a los colectivos diana a los que se dirige este plan.

En relación a los indicadores señalados se prevé la **integración del Código de Identificación autonómico** (CIP-ASTU) en la HSUE. Cabe señalar que en el ámbito de salud está integrada la historia social aportada por las trabajadoras sociales del ámbito sanitario, en la HCE de los y las pacientes.

En relación a la creación y puesta en marcha de la **plataforma de integración entre ambas historias electrónicas** en este periodo el **Grupo de Trabajo de Sistemas de Información** ha venido trabajando en el análisis de las necesidades de intercambio de información para diversas acciones del Plan, así como el análisis funcional, tecnológico y normativo de cada necesidad.

Además, se han elaborado informes monográficos para la toma de decisiones por parte de la Comisión Técnica:

- Acceso OMI_personal SESPA
- Acceso Selene_personal SESPA
- Acceso plataforma_control_TAO
- Acceso plataforma_material_ERA
- Unidades de convalecencia
- Identificador SI Sociosanitario

Cabe señalar que este grupo de trabajo ha sido renovado recientemente y continuará trabajando en la operativización de las acciones necesarias para la integración de los sistemas de información.

Línea estratégica 3: Actuaciones de apoyo interinstitucional entre servicios sociales y sanitarios

Esta línea está dirigida a conseguir la imprescindible adaptación e integración entre ambos sistemas con el consiguiente apoyo entre ambos.

3.1. Atención farmacéutica en centros residenciales públicos de personas mayores

Objetivo 14: Instaurar un modelo de atención farmacéutica en los centros residenciales públicos de personas mayores que permitan atender las peculiaridades de la atención farmacológica de este colectivo.

Para este objetivo se plantearon 3 acciones, 5 medidas y 7 indicadores.

INICIATIVA 3.1. Atención farmacéutica en centros residenciales públicos de personas mayores	
ACCIÓN	INDICADORES
1. Establecer depósitos de medicamentos en los centros residenciales públicos de personas mayores dependientes de los servicios de farmacia hospitalarios	<ul style="list-style-type: none"> • Número de centros residenciales del ERA que disponen de depósitos de medicamentos dependientes de los servicios de farmacia hospitalarios • Total de centros residenciales del ERA que tengan integrado un sistema de información para la gestión de farmacia con el hospital de área

Las personas mayores con pluripatología están sometidas a polimedicación con un mayor consumo y duración de los tratamientos, lo que conlleva la aparición de problemas relacionados (reacciones adversas de alto riesgo, duplicidades de tratamiento, regímenes de dosificación no debidamente ajustados, interacciones farmacológicas clínicamente significativas o incumplimientos) Este hecho hace necesaria la implantación de una atención farmacéutica en los centros residenciales públicos de personas mayores.

Respecto al **número de centros residenciales del ERA con depósitos de medicamentos** dependientes de los servicios de farmacia hospitalarios, en la actualidad solo la unidad de convalecencia del CPR La Mixta dispone del mismo. La previsión es extender este modelo al resto de centros residenciales con más de 100 camas.

En la actualidad ningún centro residencial del ERA tiene integrado un **sistema de información para la gestión de farmacia con el hospital de su área** correspondiente, si bien como se ha señalado el grupo de trabajo de sistemas de información ha realizado el análisis de necesidades y propuestas de operativización.

INICIATIVA 3.1. Atención farmacéutica en centros residenciales públicos de personas mayores	
ACCIÓN	INDICADORES
2. Implementar programas de información de medicamentos y ayuda a la prescripción	<ul style="list-style-type: none"> • Número de centros residenciales del ERA que tienen instalada y estén utilizando una aplicación informática para la gestión de la prescripción de fármacos • Total de centros residenciales del ERA en los que se haya puesto en marcha un sistema de dosis unitaria individualizada • Total de centros residenciales del ERA que tengan implantada una herramienta electrónica de información sobre medicamentos y ayuda a la prescripción

Respecto al número de centros residenciales del ERA que tienen instalada y estén utilizando una **aplicación informática para la gestión de la prescripción de fármacos** actualmente solo la unidad de convalecencia del CPR La Mixta dispone del mismo, previéndose trabajar para la extensión al resto de centros.

Por otro lado, ninguno de los centros residenciales públicos tiene en marcha un **sistema de dosis unitaria individualizada, ni ninguna herramienta electrónica de información sobre medicamentos y ayuda a la prescripción**, pero, al igual que en el indicador anterior, se han operativizado las actuaciones a realizar para lograrlo.

INICIATIVA 3.1. Atención farmacéutica en centros residenciales públicos de personas mayores	
ACCIÓN	INDICADORES
3. Compartir la información y educación sobre el uso adecuado de los medicamentos y productos sanitarios con pacientes y personal sanitario	<ul style="list-style-type: none"> Número de programas que se desarrollan activamente en los centros residenciales para personas mayores del ERA Número de protocolos que se utilizan conjuntamente por los profesionales sanitarios de ambos sistemas

En relación al número de **programas desarrollados de uso de adecuado de medicamentos y productos sanitarios** no consta la existencia de actividades específicas, si bien el uso adecuado de estos se considera un tema transversal incorporado en la implementación de los protocolos generales en vigor.

Además, el **Grupo de Trabajo SESPA-ERA-AP** comenzó a trabajar en mayo del 2021 con el protocolo de limpieza y esterilización, a la vez que se sigue trabajando sobre el protocolo de aislamientos.

3.2. Sistemas de aprovisionamiento de material sanitario y de hostelería

Objetivo 15: Buscar sinergias en la adquisición de material sanitario y de hostelería en los centros de los ámbitos social y sanitario.

Para este objetivo se planteó 1 acción, 1 medida y 1 indicador.

INICIATIVA 3.2. Sistemas de aprovisionamiento de material sanitario y de hostelería	
ACCIÓN	INDICADORES
1. Estimular la compra centralizada de material sanitario y de hostelería de ambos sistemas	<ul style="list-style-type: none"> Existencia de un procedimiento que permita la compra única de material sanitario y de hostelería entre ambos sistemas

El aprovisionamiento de material sanitario y de hostelería es realizado en la actualidad de forma independiente desde los organismos autónomos SESPA y ERA aunque ambos se dirijan a proveer a la administración de productos con las mismas descripciones técnicas. A través de una contratación centralizada de estos productos se optimizan los recursos unificando la compra en un solo procedimiento, se homogeneizan los niveles de calidad de los suministros, obteniendo ahorros y mejoras en la contratación.

En cuanto a la **existencia de un procedimiento que permita la compra única de material sanitario y de hostelería entre ambos sistemas el Grupo de Trabajo SESPA-ERA-AP** ha venido trabajando en la operativización de las acciones necesarias para la puesta en marcha de los procedimientos.

En relación al material sanitario en centros residenciales del ERA el GT SESPA-ERA ha revisado el protocolo y petitorio existente con el objetivo de trabajar en su unificación en todas las áreas sanitarias.

Los responsables del grupo comentan que se han puesto en común entre los dos sistemas las licitaciones prioritarias para ver tiempos de finalización y la posibilidad de empezar a gestionar alguno conjunto (están pendientes de poder desarrollar la licitación conjunta sobre ropa plana).

3.3. Uso compartido de tecnologías, servicios y dispositivos

Objetivo 16: Con esta iniciativa se persigue la introducción de tecnologías, servicios y dispositivos en los centros públicos de personas mayores que mejoren la gestión de las necesidades sociosanitarias de las personas que residen en dichos centros.

Para este objetivo se plantearon 3 acciones, 3 iniciativas y 3 indicadores.

INICIATIVA 3.3. Uso compartido de tecnologías, servicios y dispositivos	
ACCIÓN	INDICADORES
1. Disponer de un servicio conjunto y compartido para el transporte de analíticas desde el ERA a los centros del Servicio de Salud del Principado	<ul style="list-style-type: none"> Número de centros residenciales para personas mayores del ERA que tengan implantado un sistema de recogida de analíticas en coordinación con el SESPA

Implantar un sistema de recogida de analíticas para las personas mayores residentes en centros del ERA contribuirá a promover una mayor capacidad resolutive a nivel sanitario en los centros residenciales para personas mayores, dotándoles de herramientas que permitan una mejora en la prestación de la asistencia y empoderando a profesionales de ambos sistemas de este modo se mejorará la eficacia de la coordinación sociosanitaria evitando la derivación y generando mayores tasas de satisfacción en la persona.

Respecto al **número de centros residenciales para personas mayores del ERA que tienen implantado un sistema de recogida de analíticas en coordinación con el SESPA**, cabe señalar la experiencia del área III en el que han instaurado un procedimiento. Se plantea extender este modelo al resto de áreas si bien esta acción está condicionada por la implantación de la Estación Clínica de Atención Primaria y será necesario abordarlo tanto en GT SESPA-ERA-AP como en el GT Sistemas de Información.

INICIATIVA 3.3. Uso compartido de tecnologías, servicios y dispositivos	
ACCIÓN	INDICADORES
2. Disponer de coagulómetros en los centros del ERA	<ul style="list-style-type: none"> Número de centros residenciales para personas mayores del ERA que tengan coagulómetros integrados en la historia clínica electrónica

En cuanto al **número de centros residenciales para personas mayores del ERA que tengan coagulómetros integrados en la historia clínica electrónica**, del total de 26 Centros Residenciales 22 disponen ya de coagulómetros si bien sólo 5 los tienen integrados en la historia clínica.

Según informa el GT SESPA-ERA-AP desde las direcciones de las Áreas de Salud se han puesto en contacto con las residencias para recabar información sobre: número de residentes por centro, número de residentes anticoagulados, previsión de necesidades de coagulómetros y de accesos al programa informático. Cabe señalar que esta medida será también abordada en el marco del GT Sistemas de Información.

INICIATIVA 3.3. Uso compartido de tecnologías, servicios y dispositivos	
ACCIÓN	INDICADORES
3. Facilitar a los centros del ERA recursos de oxigenoterapia	<ul style="list-style-type: none"> Total de centros residenciales para personas mayores del ERA que dispongan de concentrador de oxígeno de apoyo Número de centros residenciales para personas mayores del ERA que dispongan de sistemas de nebulización de apoyo

En relación a los **centros residenciales para personas mayores del ERA que disponen de concentradores de oxígeno y sistemas de nebulización de apoyo**, apuntar que en la actualidad ninguno dispone de ellos tras la finalización de la licitación previa existente, estando a la espera de establecer un nuevo convenio para ello.

Línea estratégica 4: Sensibilización profesional, formación y transferencia de conocimiento entre servicios sociales y sanitarios

Esta línea está dirigida a la sensibilización social, la formación de profesionales y la transferencia del conocimiento y de la experiencia, para el desarrollo de la atención sociosanitaria y la mejora de la calidad asistencial.

4.1. Sensibilización social y difusión del plan sociosanitario

Objetivo 17: Difundir el Plan Sociosanitario y sensibilizar a profesionales, la comunidad y organizaciones del Tercer Sector sobre su existencia.

Para este objetivo se plantearon 3 medidas, 4 acciones y 5 indicadores.

INICIATIVA 4.1. Sensibilización social y difusión del plan sociosanitario	
ACCIÓN	INDICADORES
1. Elaborar material informativo	• Existencia de material informativo del Plan Sociosanitario para su difusión a profesionales y usuarios

La elaboración del Plan Sociosanitario para Asturias incluye entre sus líneas de actuación la de sensibilizar sobre su existencia y su difusión. Es necesario que tanto profesionales como el conjunto de la sociedad conozcan su existencia.

La **sensibilización y difusión** se llevó a cabo mediante:

- La realización de una jornada técnica de presentación en junio de 2018 en la que se informó de su contenido, actuaciones y memoria económica.
- La elaboración y difusión de un díptico informativo dirigido a profesionales y personas usuarias de centros sociales y sanitarios, que contiene información básica sobre el Plan Sociosanitario 2019-2021 y direcciones de contacto de los Equipos de Coordinación Sociosanitario¹⁵.
- Publicación de apartados específicos del Plan Sociosanitario en para su divulgación en las webs corporativas de servicios sociales “Socialasturias¹⁶” y “Astursalud¹⁷”



¹⁵ https://www.socialasturias.es/servicios-sociales/coordinacion-sociosanitaria/diptico-coordinacion-sociosanitaria_988_1_ap.html

¹⁶ <https://www.socialasturias.es/plansociosanitario>

¹⁷ <https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/plan-sociosanitario-del-principado-de-asturias-2019-2021>

INICIATIVA 4.1. Sensibilización social y difusión del plan sociosanitario	
ACCIÓN	INDICADORES
2. Presentar el Plan a profesionales de servicios sociales y sanitarios	<ul style="list-style-type: none"> Número de profesionales de ambos sistemas a quienes se presentó el Plan Número de presentaciones públicas del Plan en el ámbito profesional

Respecto a las **presentaciones públicas realizadas del Plan Sociosanitario** estas se llevaron a cabo en 5 áreas (II, V, VI, VII y VIII) por parte de los equipos de coordinación sociosanitaria. Los años 2020 y 2021 han estado marcados por la pandemia y no se tiene constancia de nuevas presentaciones.

INICIATIVA 4.1. Sensibilización social y difusión del plan sociosanitario	
ACCIÓN	INDICADORES
3. Presentar el Plan en la comunidad	<ul style="list-style-type: none"> Número de presentaciones públicas del Plan en el ámbito comunitario Porcentaje de cobertura del territorio

Los Equipos de Coordinación Sociosanitaria también realizaron **presentaciones públicas en el ámbito comunitario**, concretamente en 3 áreas (V, VI y VIII). No se tiene constancia de nuevas presentaciones en 2020 y 2021.

4.2. Formación continuada

Objetivo 18: Desarrollar una formación continuada estructurada en el seno del Plan Sociosanitario.

Para este objetivo se plantearon 2 acciones, 2 medidas y 2 indicadores.

INICIATIVA 4.2. Formación continuada	
ACCIÓN	INDICADORES
1. Establecer un plan anual de formación	<ul style="list-style-type: none"> Existencia de un plan anual de formación en coordinación sociosanitaria

La calidad en este ámbito pasa por la cualificación profesional, para que las personas que intervienen en los procesos de atención desarrollen las competencias necesarias para llevarla a cabo. Es importante incorporar las mejores prácticas y evidencias en el ámbito sociosanitario. La formación de profesionales se entiende como una inversión en el desarrollo de sus competencias que permite a la organización optimizar sus servicios y dar una atención orientada a mejorar la calidad de vida de las personas usuarias.

En relación a la **existencia de un Plan de Formación Sociosanitaria** la Comisión Técnica ha elaborado uno para el periodo 2021-2023 que incluye 18 acciones formativas, algunas de las cuales se desarrollarán en coordinación con el Instituto Asturiano de Administración Pública “Adolfo Posada” (anexo 4).

INICIATIVA 4.2.		Formación continuada	
ACCIÓN		INDICADORES	
2.	Implementar una jornada sociosanitaria anual	•	Realización de una jornada anual sociosanitaria

Las jornadas de coordinación sociosanitaria se configuran como espacios para la sensibilización, la formación de profesionales y la transferencia del conocimiento y de las experiencias necesarias para el desarrollo de la atención sociosanitaria.

Durante el periodo 2019-2021 se han llevado a cabo 3 **jornadas sociosanitarias**:

Tabla 11: Listado y contenido de las Jornadas sociosanitarias anuales

24 de enero de 2019	JORNADA DE BUENAS PRÁCTICAS DE COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA Presentación de buenas prácticas en los ECCSS Presentación de grupos de trabajo de coordinación sociosanitaria
19 de diciembre de 2019	JORNADA TÉCNICA DE COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA Y GOBERNANZA EN EL TERRITORIO Construcción del ecosistema sociosanitario en el P. de Asturias Nuevos perfiles poblacionales y necesidades a abordar desde la atención sociosanitaria Elaboración de mapas de recursos en el ámbito sociosanitario
17 de diciembre de 2020	JORNADA TÉCNICA DE COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA Coordinación sociosanitaria y COVID19: análisis de efectos, aprendizajes y retos futuros. Coordinación sociosanitaria y modelos de atención centrada en la persona

Fuente: Elaboración propia

4.3. Transferencia del conocimiento

Objetivo 19: Realizar una transferencia del conocimiento generado en los distintos niveles de actuación profesional hacia las personas usuarias de los servicios sociales y sanitarios, y potenciar una investigación sociosanitaria.

Para este objetivo se plantearon 3 acciones, 3 medidas y 4 indicadores.

INICIATIVA 4.3. Transferencia del conocimiento	
ACCIÓN	INDICADORES
1. Registrar y difundir buenas prácticas profesionales	<ul style="list-style-type: none"> Existencia de convocatoria anual de buenas prácticas innovadoras Total de buenas prácticas profesionales identificadas y difundidas en los ámbitos social y sanitario

Una buena práctica es una actuación que se considera novedosa, de calidad y que puede ser replicada en otros ámbitos o recursos. En este sentido la promoción, identificación y difusión de buenas prácticas en el ámbito sociosanitario se consideran un elemento clave en la transferencia del conocimiento.

En el ámbito de la coordinación sociosanitaria no consta la realización de ninguna convocatoria formal de buenas prácticas innovadoras, si bien si se han realizado una jornada técnica específica sobre **buenas prácticas**, en la que se dieron a conocer 10 experiencias, ya referenciadas en apartados previos.

INICIATIVA 4.3. Transferencia del conocimiento	
ACCIÓN	INDICADORES
2. Elaborar guías y protocolos de práctica profesional	<ul style="list-style-type: none"> Número de guías y protocolos elaborados en el seno del Plan en los ámbitos social y sanitario

En cuanto a la elaboración de **guías y protocolos en el seno del Plan**, además de todos los comentados con anterioridad, el GT de Informes trabajó en la unificación del modelo de informes precisos para el acceso a recursos sociosanitarios con los objetivos de:

- Unificar el mayor número de modelos de informe reduciendo su número: De los 12 modelos detectados, se han reducido a 4.
- Elaborar un **documento- guía de cumplimentación de informes** para cada modelo en relación al objeto para el que se solicita y que acompaña a los diferentes modelos de informe con una estructura común. El objeto del documento guía es orientar al profesional en el momento de cumplimentación del informe, ayudando a discriminar la información adecuada y relevante, en relación al fin para el que se precisa el informe.
- Incorporar en HCE (OMI, ECAP, SELENE Y MILLENIUM) todos los modelos de informe, así como los documentos-guía al objeto de facilitar a los/as profesionales la cumplimentación de los mismos.
- Arbitrar el mecanismo legal para solicitar informes que no exija el desplazamiento del solicitante para los casos en los que el paciente no precise nueva valoración.

INICIATIVA 4.3.		Transferencia del conocimiento	
ACCIÓN		INDICADORES	
3.	Potenciar la investigación sociosanitaria	•	Total de trabajos de investigación elaborados en el seno del Plan en los ámbitos social y sanitario

El avance y la mejora de la atención sociosanitaria necesita del diseño y la promoción de **proyectos de investigación** que favorezcan una toma de decisiones basada en evidencias y que faciliten el diseño y desarrollo de instrumentos capaces de evaluar la eficacia y eficiencia de las prestaciones y servicios.

Desde el ámbito de servicios sociales se habilitado un procedimiento de autorización de proyectos de investigación e innovación solicitados por profesionales y/o estudiantes, individualmente o en grupo a desarrollar en recursos dependientes de la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar. En materia sociosanitaria se han autorizado 4 investigaciones:

- TEST DE CRIBADO EN DCoL: Desarrollo de un test para el diagnóstico de Deterioro Conductual Leve.
- Niveles de linfocitos T naïve como factor predictivo de la eficacia de la respuesta inmune frente a SARS-CoV-2 y sus potenciales vacunas
- Tesis doctoral sobre Trastornos Músculo Esqueléticos relacionados con el trabajo
- Estudio poblacional del envejecimiento en Asturias. Constructo de fragilidad. Promovido por el consorcio "EL reto De envejecer (ELDER): Respuestas proactivas, responsables y preventivas al envejecimiento de la población en el Principado de Asturias.

En el ámbito sanitario destaca la labor desarrollada por el Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias (ISPA) cuyo principal objetivo se orienta al desarrollo de actividades de investigación e innovación de alta cualificación, fruto de la colaboración interdisciplinar no solo dentro de las ciencias de la salud sino con sectores tecnológicos, Cuenta con áreas de investigación verticales (biotecnología, cardiología, inmunología, neurociencias, etc) de atención primaria y cuidados y transversales en materia de envejecimiento y microbioma.

En este apartado destacar también la participación de las Consejerías de Salud y de Derechos Sociales y Bienestar, junto con otros organismos como Universidad de Oviedo y entidades colaboradoras, en el CONSORCIO ELDER (EL reto De envejecer: Respuestas proactivas, responsables y preventivas al envejecimiento de la población en el Principado de Asturias)

El consorcio ha puesto en marcha un proyecto de investigación en el ámbito del envejecimiento cuyo objetivo es realizar un estudio que integre las características fisiológicas de la población mayor con sus características sociales con el fin de generar una información que permita elaborar un índice fisiológico de fragilidad y un índice de fragilidad social, estableciendo conexiones entre ambos para explicar de una manera integral el envejecimiento, sus consecuencias y la forma en que se afronta.

4.4. Espacio ético sociosanitario

Objetivo 20: Generar un espacio ético de coordinación entre la ética de servicios sociales y la de servicios sanitarios

Para este objetivo se establecieron 2 acciones, 2 medidas y 3 indicadores de evaluación.

INICIATIVA 4.4. Espacio ético sociosanitario	
ACCIÓN	INDICADORES
1. Facilitar el acceso a los comités de ética de los ámbitos social y sanitario	<ul style="list-style-type: none">Existencia de material informativo de los comités de ética para su difusión a profesionales y usuarios

La atención social y la atención sanitaria comparten los principios de la ética asistencial y tienen preocupaciones similares sobre diversos temas, entre otros, la autonomía de la persona, la intimidad y confidencialidad, el principio y final de la vida y la seguridad en la atención. En este marco de actuaciones sociosanitarias debemos debatir en conjunto los distintos temas que generan interés común.

Respecto a la existencia de **material informativo** tanto el Comité de Ética de la Intervención Social del Principado de Asturias, como los comités de ética del ámbito sanitario (Comisión Asesora de Bioética del Principado de Asturias, Comité de Ética para la Atención Sanitaria de las Áreas Sanitarias y Comité de Ética de la Investigación) tienen su espacio de difusión on line donde se facilita información y contacto. Así mismo, desde los dos ámbitos los distintos comités han realizado actuaciones de difusión y formación.

INICIATIVA 4.4. Espacio ético sociosanitario	
ACCIÓN	INDICADORES
2. Coordinar los comités de ética de los ámbitos social y sanitario	<ul style="list-style-type: none">Total de reuniones de los comités de ética de los ámbitos social y sanitarioNúmero de casos analizados en conjunto por los comités de ética de los ámbitos social y sanitario

El **Comité de Ética de la Intervención Social del Principado de Asturias** (CEISPA)¹⁸ es un órgano consultivo, multidisciplinar e independiente, al servicio de profesionales, centros,

¹⁸ Decreto 26/2013, de 22 de mayo, por el que se regula la creación, composición y funcionamiento del Comité de Ética en Intervención Social del Principado de Asturias.

servicios, asociaciones, fundaciones, instituciones, personas usuarias, familias y/o representantes legales y demás agentes implicados en la intervención social.

Entre sus funciones se encuentran las de:

- Analizar, asesorar y facilitar los procesos de decisión en la resolución de los posibles conflictos éticos que se producen en cualquier intervención en servicios sociales y que le planteen las personas usuarias, sus familiares o representantes legales, profesionales, centros, servicios, fundaciones, asociaciones o entidades que actúen en el ámbito de los servicios sociales, así como a los distintos órganos y responsables de las entidades locales y de la Consejería competente en materia de bienestar social.
- Asesorar desde el punto de vista ético, a técnicos y profesionales de los ámbitos público y privado, en la elaboración de protocolos de actuación en situaciones que generan con frecuencia conflictos de valor en los implicados en las mismas.
- Promover y colaborar en la formación en ética asistencial del conjunto de profesionales que intervienen en el ámbito de actuación de los servicios sociales.

La **Comisión Asesora de Bioética del Principado de Asturias** (CABEPA)¹⁹ es un órgano colegiado, independiente y de carácter consultivo, adscrito a la Consejería competente en materia de salud y servicios sanitarios, que tiene como fin asesorar a la administración sanitaria del Principado de Asturias, a la comunidad científica y a las organizaciones e instituciones sanitarias, tanto de carácter público como privado, en materias relacionadas con las implicaciones éticas y sociales de la biomedicina y ciencias de la salud y como foro de referencia en el debate bioético.

Su finalidad fundamental es emitir informes sobre aquellas cuestiones de especial repercusión o trascendencia para los ciudadanos en sus relaciones con el sistema sanitario, así como en relación con aquellos asuntos de gran repercusión social, en los que se vean implicados diferentes valores éticos en conflicto.

El **Comité de Ética para la Atención Sanitaria** (CEAS)²⁰ es un órgano consultivo e interdisciplinar al servicio de los profesionales y usuarios del Sistema de Salud, creado en cada área sanitaria para analizar y asesorar sobre las cuestiones de carácter ético que se suscitan como consecuencia de la labor asistencial contribuyendo a la protección de los derechos de los pacientes y usuarios en su relación con el sistema de salud.

El origen de estos Comités está en la problemática planteada por las nuevas tecnologías médicas y en una nueva conciencia social, orientada hacia la evaluación de tratamiento prolongados, decisiones de no-tratamientos y otras deliberaciones de índole ética. Los CEAS cumplen cuatro funciones:

¹⁹ Resolución de 23 de febrero de 2011, de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, por la que se regula el funcionamiento de la Comisión Asesora de Bioética del Principado de Asturias

²⁰ Resolución de 23 de febrero de 2011, de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, por la que se regula el funcionamiento de la Comisión Asesora de Bioética del Principado de Asturias.

- **Función consultiva:** Asesorar en el proceso de toma de decisiones en aquellas situaciones que plantean conflictos éticos a instancia de los usuarios, los profesionales y las instituciones sanitarias.
- **Función educativa:** de los propios miembros del Comité, del Personal del Hospital y en general de la sociedad, divulgando los conocimientos sobre el tema.
- **Función normativa:** creando normativas a nivel de rutinas de trabajo, Programas Especiales, Políticas institucionales, etc.
- **Función mediadora:** actuando cuando entren en conflicto los valores del paciente y los profesionales, por ejemplo.

El **Comité de Ética de la Investigación del Principado de Asturias** (CEIPA)²¹ adscrito a la Consejería de Sanidad, tiene como fin evaluar todos los estudios de investigación que se efectúen sobre seres humanos en cualquiera de los centros, servicios y establecimientos sanitarios, en el ámbito del Principado, al objeto de garantizar a la ciudadanía que participe en los procesos de investigación, un marco común de respeto a los principios de seguridad, fiabilidad y confidencialidad, así como la homogeneidad de las evaluaciones y la unificación de criterios en la toma de decisiones.

El Comité de Ética de la Investigación, es el Comité de referencia para todo estudio de investigación en humanos que se realice, con independencia de la metodología y del promotor del estudio.

En cuanto a las **reuniones de los comités de ética** por normal general el CEISPA y el CABEPA se reúne de forma ordinaria 4 veces al año mientras que los CEAS y el CEIPA se reúnen de manera ordinaria una vez al mes (12 al año).

Con respecto al **análisis conjunto de casos** no consta ninguna información al respecto, si bien se estableció un espacio común de intercambio mediante la realización de la I Jornada de Ética Sociosanitaria en el 2018.

²¹ Decreto 28/2014, de 12 de febrero, por el que se regula el Comité de Ética de la Investigación del Principado de Asturias

Línea estratégica 5: Estructuras de apoyo al plan sociosanitario

Las características específicas de la coordinación sociosanitaria justifican la puesta en marcha de distintas estructuras de coordinación, tanto en el ámbito de la dirección y planificación como en el de la atención directa a las personas usuarias.

5.1. Creación y puesta en marcha de estructuras de coordinación

A) Consejo Interdepartamental de coordinación sociosanitaria

Objetivo 21: Establecer líneas de cooperación, integración y colaboración de las actuaciones de los diferentes departamentos y organismos con competencia en materia de atención sociosanitaria, al objeto de garantizar la continuidad de los procesos de atención social y sanitaria.

Para este objetivo se plantearon 1 acción, 1 medida y 1 indicador.

INICIATIVA 5.1. Creación y puesta en marcha de estructuras de coordinación sociosanitaria	
ACCIÓN	INDICADORES
1. Consejo Interdepartamental de coordinación sociosanitaria	<ul style="list-style-type: none">Número de reuniones anuales realizadas con su acta correspondiente

El **Consejo Interdepartamental para la coordinación sociosanitaria** es el órgano directivo de la estructura de coordinación de la atención sociosanitaria, que tiene como finalidad la integración y coordinación de las actuaciones de los diferentes departamentos con competencia en materia sociosanitaria.

Las reuniones anuales mantenidas durante la vigencia del plan han sido:

Tabla 12 : Total de reuniones anuales del Consejo Interdepartamental

2019	2020	2021
3	1	1

Fuente: elaboración propia

B) Comisión Técnica para la coordinación socio sanitaria

Objetivo 22: Analizar la situación y las demandas procedentes de los servicios sociales y sanitarios en materia de colaboración asistencial, establecer un seguimiento de las actuaciones acordadas, y formular propuestas de mejora en la cooperación y gestión de la asistencia social y sanitaria.

Para este objetivo se establecieron 1 acción, 1 medida y 3 indicadores de evaluación.

INICIATIVA 5.1. Creación y puesta en marcha de estructuras de coordinación socio sanitaria	
ACCIÓN	INDICADORES
2. Comisión Técnica para la coordinación socio sanitaria	<ul style="list-style-type: none">• Número de reuniones anuales realizadas con su acta correspondiente• Memoria anual• Número de demandas analizadas enviadas por los Equipos de Coordinación

La **Comisión Técnica para la coordinación socio sanitaria** es el órgano técnico-consultivo del Consejo Interdepartamental para la coordinación socio sanitaria y tiene como finalidad la elaboración y seguimiento de propuestas relacionadas con la mejora de la atención y coordinación socio sanitaria.

Tabla 13: Total de reuniones anuales de la Comisión Técnica

2019	2020	2021
13	3	8

Fuente: elaboración propia

Consta la realización y aprobación de una **memoria anual** de cada ejercicio.

En cuanto al número de **demandas analizadas enviadas por los Equipos de Coordinación**, según consta en las memorias anuales de estos Equipos, durante la vigencia del plan, se remitieron a la Comisión Técnica un total de 45 demandas.

Tabla 14: Demandas remitidas por ECCSS analizadas por la Comisión Técnica

2019	2020	2021
20 demandas	21 demandas casos	4 demandas

Fuente: elaboración propia

C) Equipos de Coordinación Sociosanitaria

Objetivo 23: Garantizar la adecuada gestión de aquellos casos que requieran la prestación simultánea o sucesiva de los servicios sociales y sanitarios en cada área sociosanitaria.

Para este objetivo se plantearon 1 acción, 1 medida y 2 indicadores.

INICIATIVA 5.1.		Creación y puesta en marcha de estructuras de coordinación sociosanitaria	
ACCIÓN		INDICADORES	
3.	Equipos de Coordinación sociosanitaria	<ul style="list-style-type: none">Número de reuniones anuales realizadas con su acta correspondienteExistencia de una memoria anual por cada Equipo de Coordinación	

Los **Equipos de Coordinación sociosanitaria** constituyen los dispositivos territoriales de coordinación entre los servicios sociales y sanitarios. Se constituyen como servicios de proximidad a la población general con el objetivo de garantizar la adecuada gestión de aquellos casos que requieran la prestación simultánea o sucesiva de ambos sistemas.

Se cuenta con ocho equipos de coordinación sociosanitaria, que se corresponden con las ocho áreas sanitarias. Éstos, tienen establecidas al menos una reunión bimensual habiéndose realizado, en conjunto, de 4 a 6 reuniones anuales por equipo.

Así mismo el Equipo de coordinación remite anualmente su memoria.

5.2. Coordinación con el tercer sector

Objetivo 24: Establecer medidas que permitan la intervención conjunta de servicios sociales y sanitarios con las entidades sin ánimo de lucro que trabajan con las personas en situación de vulnerabilidad.

Para este objetivo se plantearon 1 acción, 1 medida y 2 indicadores.

INICIATIVA 5.2. Coordinación con el Tercer Sector	
ACCIÓN	INDICADORES
1. Promover e impulsar la participación de asociaciones e instituciones sin ánimo de lucro en la coordinación sociosanitaria	<ul style="list-style-type: none"> • Existencia de procedimiento de coordinación sociosanitaria con entidades del Tercer Sector • Número de entidades del Tercer Sector con intervenciones coordinadas desde los ámbitos social y sanitario

En múltiples ocasiones entidades sin ánimo de lucro desarrollan programas dirigidos a personas en situación de vulnerabilidad tanto para servicios sociales como para salud de manera no siempre coordinada. Teniendo en cuenta que los colectivos a los que se dirigen las intervenciones son población diana sociosanitaria, las intervenciones podrían planificarse de manera conjunta.

Para avanzar en la coordinación sociosanitaria con el tercer sector en el seno de la Comisión Técnica se acordó elaborar una “Estrategia Autónoma de Coordinación Sociosanitaria con el Tercer Sector”

Se realizó a finales de 2019 la “Jornada técnica de Coordinación Sociosanitaria y gobernanza en el territorio” como punto de encuentro sociosanitario con el Tercer Sector.

Capítulo III: Impacto de la gestión de la pandemia por la Covid19 en la coordinación sociosanitaria

Una de las cuestiones de mayor impacto en nuestra sociedad, en términos económicos, sociales y asistenciales, en las últimas décadas ha sido la pandemia originada por la COVID19. Su gestión requirió de la coordinación intersectorial salud- servicios sociales para adoptar decisiones y actuaciones conjuntas, y por ello un volumen importante de actividad de los órganos de coordinación sociosanitaria se destinó a tal fin.

La irrupción del COVID19, un virus desconocido hasta el momento de carácter global y con importantes implicaciones tanto individuales como sociosanitarias, generó una alta demanda de información y supuso para las administraciones la necesidad de facilitar información actualizada, clara y veraz. A tal fin, en las webs de astursalud.es y socialasturias.es se desarrollaron sendos espacios específicos de difusión dedicados al COVID19 en los que, todavía a día de hoy, se pone a disposición de ciudadanía y profesionales información generalista sobre el virus (evolución, pautas de actuación, medidas de protección, vacunación, ...) información normativa (autonómica y estatal) así como guías de procedimiento y recomendaciones.

Tras la declaración en marzo de 2020 del Estado de Alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por la COVID19 (RD 463/2020, de 14 de marzo) el Gobierno del Principado de Asturias publicó el Acuerdo de 12 de marzo de 2020, del Consejo de Gobierno, sobre [medidas preventivas y recomendaciones relacionadas con la infección del SARS CoV-2 \(COVID19\)](#). Este Acuerdo supuso la puesta en marcha de una serie de medidas y recomendaciones en diferentes ámbitos, entre ellos salud pública y servicios sociales, concretándose las destinadas al Sistema Asturiano de Servicios Sociales (SASS) en un conjunto de disposiciones destinadas a proteger tanto a las personas usuarias como a sus profesionales. Este acuerdo, junto con las Órdenes Ministeriales posteriores, restringió inicialmente la actividad a los servicios que se decretaron como esenciales suspendiendo la actividad en los centros no residenciales de atención directa del SASS.

Desde marzo de 2020 en el marco de la [coordinación interdepartamental para coordinar la actividad de los servicios esenciales](#) se elaboraron diversos documentos dirigidos a: centros sociosanitarios, entidades locales (administración prestadora entre otros de servicios de atención domiciliaria), recursos dependientes del Instituto Asturiano de Atención Integral a la Infancia y Familias (IAAIF), profesionales itinerantes de servicios sociales, instrucciones técnicas de limpieza, así como un circuito de dotación de material y equipos de protección individual.

De los diversos materiales realizados en este momento cabe destacar por su relevancia y vinculación con la coordinación sociosanitaria el [“Protocolo sociosanitario para la atención a las personas vulnerables casos posibles, probables y confirmados de COVID-19 a seguimiento por Atención Primaria”](#).

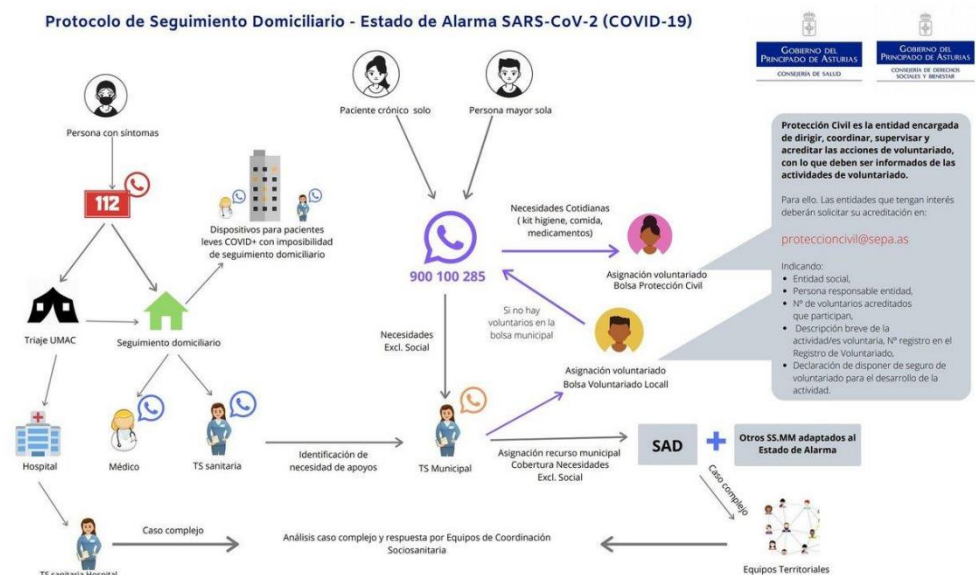
Este documento, nace con la intención de prestar atención a las necesidades detectadas y no cubiertas de personas en situación de vulnerabilidad por caso posible, probable y confirmado de SRAS –CoV-2 y con dificultades para realizar el aislamiento en su domicilio habitual.

Para ello se fijó como objetivos:

- Identificar a las personas que no disponen de apoyos y/o condiciones para mantener el aislamiento domiciliario.
- Evitar la hospitalización en personas casos posibles, probables o confirmados leves, mediante recursos que garanticen el aislamiento extrahospitalario y mantener a las personas casos posibles en aislamiento domiciliario como primera opción.
- Reforzar el apoyo domiciliario cuando sea preciso con los recursos de apoyo a domicilio (Grupo de Acción Social, SAD, voluntariado, etc.).
- Ofertar un recurso de alojamiento temporal a personas que no puedan hacer aislamiento domiciliario.

Este protocolo, en revisión permanente según la evolución e información disponible sobre el COVID-19, se vinculó al procedimiento de atención y seguimiento domiciliario de casos posibles y confirmados por SARS-CoV-2; quedando el plan de trabajo establecido por ambos según se muestra en la siguiente infografía.

Figura 5: Infografía del Protocolo de seguimiento domiciliario



Fuente: socialasturias

Más adelante y como complemento a la actuación marcada en este primer protocolo se desarrolla una **“Guía breve de actuación de las unidades de trabajo social sanitario para la atención a menores con progenitores afectados de sras-cov-2 (covid-19)”** para prestar atención a las necesidades detectadas y no cubiertas, de las y los menores en situación de desprotección como consecuencia del ingreso hospitalario del padre, madre o ambos, a causa del COVID-19.

Los objetivos a conseguir fueron:

- Identificar de manera inmediata, tras el diagnóstico clínico de sospecha de infección por SRAS –CoV-2- COVID-19, a un padre o madre con hijos menores a cargo.
- Estudiar la situación sociofamiliar de los menores y la red de apoyo familiar existente
- Prevenir la situación de desprotección temporal de los menores, como consecuencia del ingreso hospitalario de el/la/los progenitor/a/es.

Para ello se estableció un procedimiento de trabajo estructurado en 5 fases:

Tabla 15: Actuaciones para la atención a menores con progenitores afectados de COVID-19 según fase de intervención.

Fase 1 ESTUDIO	Identificación de personas objeto de atención; comprobación de apoyos familiares; análisis de necesidades; identificación de soportes y servicios disponibles.
Fase 2 DIAGNÓSTICO	Diagnóstico social sanitario y propuesta del plan de tratamiento social, así como de los procesos a iniciar para prestar los servicios necesarios.
Fase 3 TRATAMIENTO	Diferenciado en función de si hay o no familia directa que puede hacerse cargo e informando, en este último caso, al servicio de protección a la infancia correspondiente.
Fase 4 GESTIÓN DE INFORMACIÓN	Registro electrónico en la Historia/Formulario de Trabajo Social sanitario.
Fase 5 SEGUIMIENTO	Seguimiento social sanitario tras el regreso de los menores a su domicilio habitual

Fuente: elaboración propia

En el ámbito de servicios sociales se puso en marcha el **Sistema de Vigilancia y Alerta Temprana COVID19 en Centros Residenciales de Servicios Sociales (SisVAT-COVID19)** con los objetivos de:

- Mantener informada a la ciudadanía, los y las profesionales y familiares de las personas usuarias de la situación epidemiológica de los centros residenciales dependientes del SASS.
- Detectar de forma temprana la aparición de brotes en dichos centros e informar a la DG. de Salud Pública de su situación epidemiológica.
- Evaluar el impacto de COVID entre las personas residentes de los centros para la toma de decisiones basadas en datos.
- Colaborar en el diseño de medidas y protocolos en función de la situación de los centros en coordinación sociosanitaria.
- Dar cumplimiento a los requerimientos de información del Ministerio de Sanidad tras la publicación de Orden SND/275/2020, de 23 de marzo, y posteriores en cuanto al suministro de información en el ámbito de los centros de servicios sociales de carácter residencial en relación con la gestión de la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

El sistema permite establecer un canal de comunicación online entre la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar y los centros residenciales de personas mayores, personas con discapacidad y de menores de Asturias. A través de un formulario online, el personal responsable de los centros notifica a la Dirección General de Planificación, Ordenación y Adaptación al Cambio Social la situación particular de su centro. Dichos datos son tratados y publicados diariamente a través de la página web socialasturias.

Recuadro 1. Resumen de datos publicado en abierto diariamente a través de www.socialasturias.es

Recuadro 1. Resumen de datos publicado en abierto diariamente a través de www.socialasturias.es
<ul style="list-style-type: none">• Datos para el conjunto del sistema acumulados desde el inicio de la pandemia:<ul style="list-style-type: none">○ Casos Confirmados○ Recuperados/as○ Fallecidos/as○ Activos• Datos de cada centro con casos activos, en relación a las últimas 24 horas:<ul style="list-style-type: none">○ Casos activos○ Fallecimientos• Así como un resumen de los principales indicadores de impacto en el conjunto del sistema:<ul style="list-style-type: none">○ Tasa de incidencia: número de casos positivos en relación al volumen de residentes○ Tasa de letalidad: número de personas fallecidas COVID en relación al volumen de casos positivos○ Tasa de mortalidad global: número de personas fallecidas COVID en relación al volumen de población usuaria de las residencias para personas mayores de servicios sociales○ Porcentaje de centros con afectados: número de centros con casos positivos en relación al volumen total de centros○ Porcentaje de centros con fallecidos: número de centros con fallecimientos COVID en relación al volumen total de centros

Fuente: Revista +Calidad “Buena práctica: SisVAT-COVID19 Sistema de vigilancia y alerta temprana en el Sistema Asturiano de Servicios Sociales”.

Cabe señalar que en todo momento se consideró como fuente oficial de información epidemiológica a la Dirección General de Salud Pública, por lo que la información ofrecida quedaba sujeta a permanente revisión y depuración realizada bajo el marco de la coordinación sociosanitaria.

Actualmente los centros continúan informando de su variación epidemiológica y se remite un informe completo a inspección sanitaria para:

- Controlar y verificar el cumplimiento de la Orden Ministerial que establece la comunicación de datos al Ministerio.
- Priorizar intervenciones en función de la situación epidemiológica de los centros.

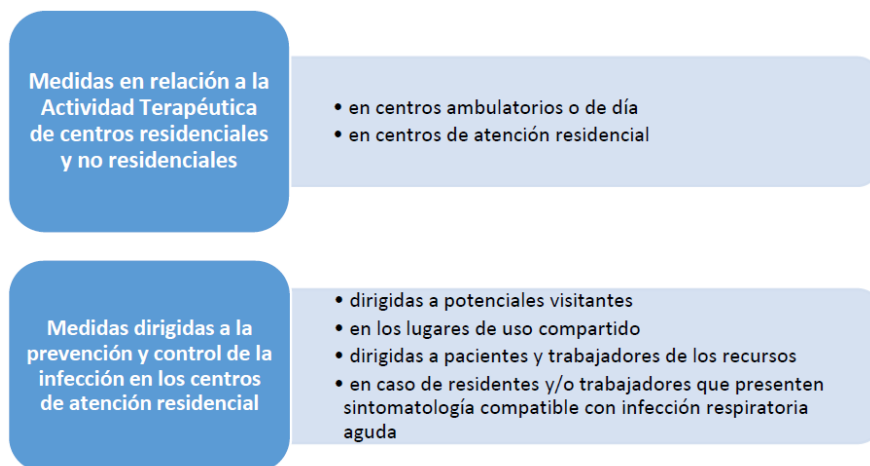
Algunas de las medidas que se establecieron gracias al sistema fueron: el reparto de material de protección, orientación y acompañamiento en la aplicación de protocolos, gestión de brotes y derivaciones, o la intervención asistencial.

Por último, cabe señalar que el SisVAT-COVID19 fue preseleccionado en los Premios Europeos de Servicios Sociales 2020, en la categoría “Herramienta Tecnológica”. Los Premios Europeos de Servicios Sociales reconocen la innovación y la excelencia en los servicios sociales en Europa, destacando los nuevos enfoques exitosos y el trabajo extraordinario y continuo realizado por los y las profesionales de los sistemas públicos de servicios sociales.

Desde salud pública, en materia de atención sociosanitaria, se desarrolló el “**Plan de Contingencias para Centros de Asistencia a Drogodependientes frente a COVID-19**” con recomendaciones de prevención y control de la infección.

Este documento estableció diferentes tipos de medidas:

Figura 6: Tipos de medidas del Plan de Contingencias para Centros de Asistencia a Drogodependientes frente a COVID-19



Fuente: elaboración propia

También cabe destacar el documento de **Recomendaciones para Centros Sanitarios ante posibles casos de Violencia de Género durante el estado de alarma**. En él se ponen de manifiesto las especiales circunstancias generadas para las víctimas de violencia de género por el estado de alarma decretado y la convivencia obligatoria que suponen las medidas adoptadas.

Estas eventualidades pueden aumentar el riesgo de sufrir agresiones, así como dificultar la búsqueda de ayuda, ante la limitación de movimientos y lugares a los que se pueden acudir. Por ello, y dado el papel clave de las y los profesionales sanitarios, se les interpela para prestar especial atención a estas situaciones recordando los recursos en funcionamiento a disposición de las posibles víctimas de violencia de género (declarados esenciales), entre otros:

- Servicios de información 24 horas: teléfono 012 y 016, mail: 016-online@mscbs.es
- APP Asistencia inmediata Fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado: <https://alertcops.ses.mir.es/mialertcops/>
- WhatsApp de apoyo emocional inmediato: 682916136 / 682508507
- Centros Asesores de la Mujer del Principado de Asturias.

Durante el Estado de Alarma el “Grupo de Acción Social del Comité de Emergencias de Asturias” puso en marcha, reforzó y reorientó servicios para mejorar la **atención a personas sin hogar** (PSH) a fin de:

- Facilitar acceso a las pruebas Test – Covid 19.
- Proporcionar acceso a los servicios de salud
- Prestar alimentos e higiene
- Evitar que las personas se quedaran sin hogar

- Proteger a las personas sin hogar de las medidas punitivas

Para ello se desarrollaron actuaciones como las siguientes:

- Realización de pruebas masivas de detección a las PSH y trabajadores/as de los dispositivos de atención.
- Puesta en marcha dos **dispositivos de alojamiento urgente** para PSH, la Tejerona y albergue juvenil de Oviedo (Residencia Menéndez Pidal). Diseñados como recursos de emergencia y gestionados por Cruz Roja estos dos dispositivos sirvieron para dar cumplimiento a las medidas de distanciamiento social y prestar atención básica a las personas alojadas (alimentación, higiene, descanso, entrega de kits de higiene y protección frente al COVID). El dispositivo de La Tejerona contó con la colaboración de varias entidades (Nacai, Mar de Niebla, Albergue Covadonga, Médicos del Mundo) y se estima que dió servicio a unas 96 personas.
- Implantación de protocolos en todos los centros con el fin de garantizar las recomendaciones de distanciamiento social, actuar en el caso de detección de casos positivos y para facilitar información a las personas usuarias y sus trabajadores y trabajadoras sobre medidas de higiene de manos, etiqueta respiratoria, distancia social, etc.
- Coordinación de los recursos con el sistema sanitario, en especial en el área V donde se puso el recurso temporal de emergencia para PSH que acogió a más personas.
- Ampliación de los horarios de comedores sociales que entregaron comida para llevar, entrega de cheques para alimentos y reparto de alimentos en distintas entidades con la colaboración del banco de alimentos de Asturias.
- Mantenimiento de recursos de higiene que permanecieron abiertos en Gijón. En Oviedo y Avilés como el uso es compartido con personas residentes en albergues tuvieron que cerrar al público, abriendo en Oviedo uno provisional el 25 de abril.

Por otro lado, se definió un **procedimiento específico de actuación para centros sociosanitarios con niveles de atención y criterios clínicos de clasificación y se pusieron en marcha dispositivos de apoyo** a la red asistencial del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) como el H144, el CREDINE, la Residencia de Estudiantes de Mieres. En concreto, este último recurso, fue gestionado por la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar y tenía por objetivo acoger a casos posibles o confirmados de COVID19 derivados desde atención primaria y hospitalaria, en estado leve de la enfermedad que no pudieran hacer el aislamiento en su domicilio. El dispositivo, entre marzo y mayo de 2020 facilitó atención/apoyos y acompañamiento social a 37 personas, completando un total de 540 días de estancia.

En abril de 2020 el Ministerio de Sanidad publicó el “Plan de Transición hacia una nueva normalidad” en el que se establecían indicaciones generales por fases para la progresiva normalización de la actividad en diferentes ámbitos, incluidos los servicios sociales.

En nuestra Comunidad Autónoma se constituyó un grupo técnico interdisciplinar para la **planificación del proceso de transición hacia la denominada “nueva normalidad” en los servicios del SASS** (a excepción de los centros residenciales de personas mayores y con discapacidad).

Tabla 16: Relación de integrantes del grupo técnico interdisciplinar

RELACIÓN DE INTEGRANTES DEL GRUPO TÉCNICO INTERDISCIPLINAR	
JIMENA PASCUAL FERNÁNDEZ	Directora General de Planificación, Ordenación y Adaptación al Cambio Social
SERGIO VALLÉS GARCÍA	Director General Cuidados, Humanización y Atención Sociosanitaria
ANA M ^a SUÁREZ GUERRA	Directora Gerente del Organismo Autónomo ERA
DIANA M ^a FERNÁNDEZ ZAPICO	Coordinadora de Calidad y Gestión del Conocimiento (DGPOACS) Coordinadora del Grupo de Trabajo
MARIA BELÉN GARCIA PARDO	Jefa de Servicio de Atención a la Dependencia (DGGDS)
CRISTINA DÍEZ FERNANDEZ	Jefa de Sección de Familia (IAAIF)
MARTA DEL ARCO FERNÁNDEZ	Jefa de Sección de Centros (IAAIF)
ANA FERNÁNDEZ ZAPICO	Coordinadora Equipo Territorial Área VI (DGSSM)
SUSANA M ^a DEL OLMO ABLANEDO	Coordinadora Equipo Territorial Área V (DGSSM)
M ^a COVADONGA LÓPEZ ANTOLIN	Jefa de Sección. Sección de Recursos Apoyo Integración (DGSSM)
SONIA BATALLA SOLÍS	Jefa de Sección. Unidad de Recursos de Personas con Discapacidad (DGSSM)
PILAR RODRIGUEZ GAVILÁN	Jefa de Sección. Unidad de Recursos de Personas Mayores. (DGSSM)
FERNANDO MARTÍNEZ CUERVO	Director del CPR. El Cristo (ERA)
YOBANA TRIGUERO ESTÉVEZ	Directora de los CPR de Arriondas y Lastres (ERA)
VICTORIA FÁTIMA IGLESIAS IGLESIAS	Directora del CPR Sta. Teresa. (ERA)
ANA MARÍA BALTAR BARRIO	Enfermera (DGCHAS)
BEATRIZ BRAÑA MARCOS	Enfermera (DGCHAS)
ROCÍO COTO MORENO	Enfermera (DGCHAS)
JOSE AVELINO CARROCERA GONZÁLEZ	Médico del Centro de Valoración de Personas con Discapacidad - Gijón
BEGOÑA MENÉNDEZ TORAL	Trabajadora Social (DGPOACS)

Fuente: Elaboración propia

El grupo técnico elaboró un mapa de recursos, el despliegue por fases, medidas de soporte (sistema de información para analizar las repercusiones de las medidas adoptadas, criterios para la reincorporación de profesionales, procedimientos y recomendaciones para los diferentes servicios, dotación de material de prevención y EPIs, formación, etc.)

Además de la planificación de actuaciones para la flexibilización de medidas, la transición progresiva hacia la normalización de la actividad en los servicios sociales del Principado de Asturias requirió la **actualización periódica de los procedimientos y recomendaciones de actuación** en base a los cambios normativos y evolución de la situación epidemiológica en la comunidad autónoma.

Se actualizaron de forma coordinada desde mayo de 2020 más de 125 procedimientos e instrucciones aplicables a los diferentes centros y servicios: centros residenciales de personas mayores y personas con discapacidad, centros de atención diurna, servicio de ayuda a domicilio, unidades de atención infantil temprana, servicios de valoración de dependencia y discapacidad, etc.

Tabla 17: Listado de procedimiento elaborados para coordinar el proceso de transición en los Servicios del SASS

SERVICIOS	PROTOCOLOS
SERVICIOS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL A PERSONAS MAYORES Y CON DISCAPACIDAD	Planificación específica de actuaciones
CENTROS DE MENORES Y CASAS DE ACOGIDA A MUJERES CON PROBLEMÁTICA SOCIOFAMILIAR GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> - Medidas de prevención ya actuación por el nuevo coronavirus SARS-CoV2 (COVID19) en los diferentes servicios y programas de atención del Instituto Asturiano para la Atención Integral a la Infancia y a las Familias - Protocolo para la realización de visitas familiares en los centros de acogimiento residencial
CENTROS DE ATENCIÓN INTEGRAL DIURNA PARA MENORES Y CENTROS DE DÍA	<ul style="list-style-type: none"> - Medidas de prevención y actuación por el nuevo coronavirus SARS-CoV2 (COVID19) para la atención en centros de atención integral diurna para menores y centros de día
CENTROS DE DÍA, CENTROS DE APOYO A LA INTEGRACIÓN Y CENTROS RURALES DE APOYO DIURNO	<ul style="list-style-type: none"> - Medidas de prevención y actuación por el nuevo coronavirus SARS-CoV2 (COVID19) para la atención en servicios de atención diurna para personas mayores y personas con discapacidad de servicios sociales - Instrucciones para la reincorporación de personas usuarias - Protocolo para el uso de espacios comunes - Recomendaciones a las familias de personas usuarias de servicios de atención diurna para personas mayores y con discapacidad
UNIDADES DE ATENCIÓN INFANTIL TEMPRANA	<ul style="list-style-type: none"> - Medidas de prevención y actuación por el nuevo coronavirus SARS-CoV2 (COVID19) para la atención en UAIT de servicios sociales - Recomendaciones para familias y/o tutores de menores usuarios de las UAIT de servicios sociales
SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO (SAD) Y PROGRAMA ROMPIENDO DISTANCIAS	<ul style="list-style-type: none"> - Protocolo sociosanitario para la atención a las personas vulnerables casos posibles, probables y confirmados de COVID19 a seguimiento por atención primaria - Medidas de prevención y actuación por el nuevo coronavirus SARS-CoV2 (COVID19) para la atención domiciliaria de servicios sociales

PROGRAMA DE APOYO EN EL ENTORNO	Medidas de prevención y actuación por el nuevo coronavirus SARS-CoV2 (COVID19) para la atención domiciliaria en los programas de apoyo en el entorno
EQUIPOS DE INTERVENCIÓN TÉCNICA DE APOYO A LA FAMILIA (EITAF), EQUIPOS DE TERAPIA Y ORIENTACIÓN FAMILIAR (ETOF) Y PUNTOS DE ENCUENTRO FAMILIAR (PEF)	Medidas de prevención y actuación por el nuevo coronavirus SARS-CoV2 (COVID19) para la atención en puntos de encuentro familiar del Principado de Asturias
VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA	Medidas de prevención y actuación por el nuevo coronavirus SARS-CoV2 (COVID19) para la valoración de dependencia
CENTRO DE VALORACIÓN DE DISCAPACIDAD	Medidas de prevención y actuación por el nuevo coronavirus SARS-CoV2 (COVID19) para la valoración de discapacidad
JARDINES DE INFANCIA	Medidas de prevención y actuación por el nuevo coronavirus SARS-CoV2 (COVID19) para la atención en jardines de infancia de servicios sociales
CENTROS SOCIALES	Medidas de prevención y actuación por el nuevo coronavirus SARS-CoV2 (COVID19) para la atención en centros sociales de personas mayores
LUDOTECAS Y CENTROS DE OCIO INFANTIL	Medidas de prevención y actuación por el nuevo coronavirus SARS-CoV2 (COVID19) para la atención en ludotecas y centros de ocio infantil

Fuente: Elaboración propia

Durante el proceso de desescalada también se puso en marcha una **formación específica para el personal del Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD)** en coordinación con el Programa Paciente Activo de Asturias (PACAS) de la Consejería de Salud.

Dentro del programa PACAS y a través del canal de YouTube "Actívate por tu salud" se creó una lista de reproducción específica "Servicio de atención domiciliaria ante COVID 19" con 23 videos. En estos videos, en cuya elaboración participó activamente la Fundación Obra Social Montepío, se ofrecen consejos de salud y autocuidados en relación a la prevención de la transmisión del COVID19 en la prestación de la atención en el SAD.

Los contenidos abordados comprenden desde aspectos introductorios como información accesible sobre Covid 19 y sus formas de transmisión o virus en superficies y comportamiento del Covid con las temperaturas; a herramientas de seguridad frente al covid (lavado de manos, uso del gel hidroalcohólico, uso de guantes, formulación y usos correctos de la lejía, desinfección de la casa y el coche que llevo al trabajo, etc.).

Tras la expiración de la vigencia del estado de alarma, una vez superada la fase III del Plan para la transición hacia una nueva normalidad, la Consejería de Salud como autoridad sanitaria competente, ha venido revisando y publicando sucesivas Resoluciones que contenían medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por la COVID19, en función de la evolución de la situación epidemiológica y sanitaria.

Cabe destacar que en la Resolución del Consejero de Salud de 19 de junio de 2020²², en el “Capítulo VI. Medidas relativas a servicios sociales”, entre otras medidas, especificaba la creación de un **grupo técnico** coordinado por la Dirección General de Cuidados, Humanización y Atención Sociosanitaria y la Dirección General de Salud Pública (Consejería de Salud) para la actualización de procedimientos de actuación y para establecer mecanismos adecuados para la vigilancia y control de los mismos recogiendo en el “Procedimiento de Actuación frente al COVID19 en residencias de personas mayores y centros sociosanitarios”.

Desde el inicio de la pandemia por COVID19 los **centros residenciales de personas mayores y personas con discapacidad** fueron considerados entornos de especial vulnerabilidad frente a la COVID19 en términos de incidencia, morbilidad y mortalidad (por condicionantes como la edad avanzada, presencia de enfermedades de base o comorbilidades, convivencia con otras personas vulnerables, etc) y por ello se adoptaron medidas específicas en este ámbito:

- Elaboración y actualización del “**Procedimiento de Actuación frente al COVID19 en residencias de personas mayores y centros sociosanitarios**”. Entre junio de 2020 y abril de 2021 se publicaron 10 actualizaciones del documento.



Tabla 18: Fechas de actualización del documento “Procedimiento de Actuación frente al COVID19 en residencias de personas mayores y centros sociosanitarios”

Fechas de publicación			
21/06/2020	25/06/2020	31/07/2020	20/08/2020
03/09/2020	15/09/2020	1/10/2020	16/10/2020
6/11/2020	20/11/2020	10/12/2020	

Fuente: Elaboración propia

Incorporación en los centros residenciales de los/las **responsables asistenciales** encargados de dirigir y coordinar la actividad asistencial del centro y supervisar el cumplimiento de las medidas de prevención y protección.

- Incorporación por parte del SESPA, en cada una de las ocho áreas sanitarias, de la figura de **coordinador/a de enfermería para centros sociosanitarios**, dependiente del equipo directivo de cada área sanitaria y que forma parte del Equipo Gestor de Casos. En el desarrollo de esta figura hay que distinguir dos momentos: el de intervención sanitaria y el posterior a esta intervención ya que las funciones han variado en función de los mismos.

Durante la intervención sanitaria las funciones de esta figura consistieron en:

- Homogeneización de la actuación de todos los centros sociosanitarios.
- Interlocución con la Dirección de Atención y Evaluación Sanitaria del SESPA.
- Vigilancia de todos los centros sociosanitarios del área en coordinación con el Servicio de Vigilancia Epidemiológica.
- Activación urgente y prioritaria el circuito de toma de muestras y valoración clínica cuando se establezca un brote en un centro.

²² Resolución de 19 de junio de 2020, de la Consejería de Salud, por la que se establecen medidas urgentes de prevención, contención y coordinación necesarias para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19 tras la expiración de la vigencia del estado de alarma.

- Traslado de los informes realizados por los responsables de cada residencia a la Dirección de Atención y Evaluación Sanitaria del SESPA.
- Colaboración con el Servicio de inspección de Servicios Sanitarios de la Dirección General de Planificación y Política Sanitaria en la inspección sanitaria de aquellas residencias que proponga la Dirección General de Salud Pública.
- Organización del material de protección y la logística del proceso.

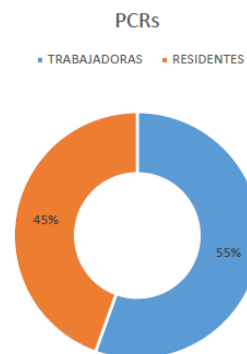
Finalizada la intervención delegan las funciones anteriores en los ya citados responsables asistenciales del centro residencial pasando a encargarse de la gestión de los brotes en sentido estricto, pudiendo decidir, en función del riesgo generado y la situación epidemiológica, la realización de un cribado tanto de residentes positivos o contactos estrechos, como de los trabajadores contactos estrechos.

- Puesta en marcha de un **centro de derivación de nivel 2** (Residencia Corvera) mediante contratación de emergencia gestionado por la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar. Este recurso facilitó atención integral a personas en situación de dependencia y/o discapacidad calificadas como caso COVID confirmado asintomático procedentes principalmente de recursos residenciales de servicios sociales y contactos estrechos asintomáticos en situación de dependencia o discapacidad que precisen apoyos/cuidados que no dispongan de condiciones adecuadas en el domicilio para realizar el aislamiento. Desde la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar se habilitó una contratación de emergencia para la gestión del recurso, se articularon circuitos de derivación con salud (las personas coordinadoras sociosanitarios y Atención Primaria) y con los Servicios Sociales Municipales y se realizó el seguimiento del funcionamiento del centro.

- Circuito para la **realización de pruebas PCR** a los profesionales conforme a los criterios establecidos por la autoridad sanitaria, así como la gestión de dos convocatorias de subvenciones destinadas a centros residenciales privados para apoyar la cobertura de los costes derivados de la realización de pruebas PCR.

Al inicio de la pandemia, Asturias contaba con un total de 13.666 personas residentes en centro residenciales para personas mayores, atendidas por un total de 8.000 profesionales. Hasta el 01/03/2022 en nuestra Comunidad Autónoma se realizaron para estos grupos un total de 332.082 pruebas de detección del COVID19. De este total de pruebas, 262.118 fueron PCR realizadas en los propios centros residenciales con una media de 18,1 pruebas/trabajadora y de 8,5% pruebas por residente.

Gráfico 1: Porcentaje de pruebas PCR realizadas en los Centros Residenciales de Personas Mayores



Fuente: D.G. Salud Pública. Elaboración propia.

Posteriormente, la Resolución de 9 de abril de 2021, de la Consejería de Salud, de séptima modificación de las medidas urgentes de prevención, contención y coordinación

necesarias para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID19 establece la elaboración por parte del Consejería de Derechos Sociales y Bienestar del **“Protocolo de Actuación frente al COVID19 en el ámbito de los servicios sociales en el Principado de Asturias”**



Tabla 19: Fechas de publicación del documento “Protocolo de Actuación frente al COVID19 en el ámbito de los servicios sociales en el Principado de Asturias”

Fechas de publicación			
9/4/2021	26/04/2021	11/6/2021	14/6/2021
9/5/2021	15/6/2021	29/6/2021	23/7/2021
13/8/2021	13/9/2021		

Fuente: Elaboración propia

También, fruto de la coordinación sociosanitaria, se articuló desde noviembre de 2020 un **circuito específico para la gestión de casos en centros de atención diurna para personas mayores y con discapacidad** públicos y privados de Asturias denominado “Rastreocovid”. Este circuito nació con la finalidad de apoyar la gestión de casos por parte del sistema sanitario y de facilitar una intervención precoz en brotes originados en centros de atención diurna de personas mayores y con discapacidad públicos y privados.

Está integrado por personal técnico de la DG. De Cuidados, Humanización y Atención Socisanitaria y de la DG de Planificación, Ordenación y Adaptación al Cambio Social

El circuito rastreocovid permite gestionar la realización de pruebas PCR a personas contacto estrecho mediante el envío del modelo de comunicación por parte de los centros de atención diurna a cuenta de correo electrónico rastreocovid.ssociales@asturias.org. Tras su recepción se remiten los datos a salud para gestión de pruebas y seguimiento de resultados.

Además de la gestión de pruebas (con más de 1000 pruebas realizadas en 2021) el personal prestó apoyo y asesoramiento a los centros ante casos sospechosos, contacto estrecho y confirmados de COVID 19, actuando en más de 100 brotes y también se asesoró a la Comisión Técnica para la actualización del Anexo 6. “Instrucciones comunicación de casos en centros de día” el “Protocolo de Actuación frente al COVID19 en el ámbito de los servicios sociales en el Principado de Asturias”

Por otro lado, desde octubre de 2021, tras la publicación del Acuerdo del Consejo de Gobierno²³, los protocolos vigentes fueron sustituidos por un documento general titulado **“Recomendaciones de actuación frente a la Covid-19 en el ámbito de los Servicios Sociales en el Principado de Asturias”** en el que se incluyen:

- Medidas relativa a centros residenciales para personas mayores y con discapacidad.
- Medidas relativas a centros de atención diurna para personas mayores y personas con discapacidad.
- Medidas relativas al resto de centros y servicios del Sistema Asturiano de Servicios Sociales.

²³ Acuerdo de 8 de octubre de 2021, del Consejo de Gobierno, por el que se establecen medidas especiales de carácter extraordinario, urgente y temporal de prevención, contención y coordinación, necesarias para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19, en el territorio del Principado de Asturias.

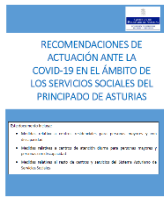


Tabla 20: Fechas de actualización del documento “Recomendaciones de actuación frente a la Covid-19 en el ámbito de los Servicios Sociales en el Principado de Asturias”

Fechas de publicación			
8/10/2021	17/12/2021	28/12/2021	05/01/2022
26/01/2022	31/01/2022	14/02/2022	16/03/2022
29/03/2022			

Fuente: Elaboración propia

En diciembre de 2021 con el objetivo de apoyar la labor desarrollada por la Comisión Técnica en la gestión de la pandemia se constituyó el **“Equipo Operativo Sociosanitario COVID”**. Este equipo permite articular un sistema operativo y ágil para la actualización de documentos de actuación frente a la COVID19. Actualmente se reúne semanalmente y se encarga de la revisión y actualización del documento de recomendaciones, pero su prevé extender su labor a otras actuaciones de coordinación sociosanitaria y no solo a la gestión de la pandemia. Está formado por:

Tabla 21: Integrantes del Equipo Operativo Sociosanitario

M^a Josefa Fernández Cañedo	Dtra. General de Cuidados, Humanización y Atención Sociosanitaria (DGCHAS)
Ana Fernández Zapico	Dtra. General de Planificación, Ordenación y Adaptación al Cambio Social (DGPOACS)
Fernando Martínez Cuervo	Director Asistencial Organismo Autónomo ERA
Julio Martínez Martínez	Jefe del Servicio de Inspección y Calidad (DGPOACS)
Miguel Ángel Prieto García	Jefe de Servicio de Alertas y Emergencias Sanitarias COVID 19. (DG. Salud Pública)
Mónica Armayor Prado	Jefa de Sección del Servicio de Cuidados en Atención Sanitaria y Atención Sociosanitaria (DGCHAS)
María Argüelles Sampedro	Trabajadora Social del Servicio de Cuidados en Atención Sanitaria y Atención Sociosanitaria (DGCHAS)
Begoña Menéndez Toral	Trabajadora Social del Servicio de Planificación e Innovación Social (DGPOACS)

Fuente: Elaboración propia

Por último, también cabe reseñar que semanalmente se han oficializado los **“miércoles sociosanitarios” para consolidar la coordinación interdepartamental salud-servicios sociales**. Con ello se habilita por parte de la DG. De Cuidados Humanización y Atención Sociosanitaria y la DG. De Planificación, Ordenación y Adaptación al Cambio Social la reserva de un día específico (todos los miércoles) para trabajar cuestiones de coordinación: reuniones, sesiones específicas de trabajo, etc.

Por tanto, los datos sobre la gestión de la pandemia revelan el esfuerzo realizado, los errores y las lecciones aprendidas y sitúan a la coordinación sociosanitaria como un elemento imprescindible y vertebrador de las actuaciones implementadas, habiendo generado números espacios, dinámicas de trabajo conjunto y buenas prácticas que continuarán en lo sucesivo.

Capítulo V: Conclusiones y recomendaciones

A continuación se expone de forma agrupada el análisis del cumplimiento de los indicadores de monitorización. Para comprobar su grado de cumplimiento y facilitar el establecimiento de conclusiones y recomendaciones se han establecido 4 categorías de evaluación con código de colores.

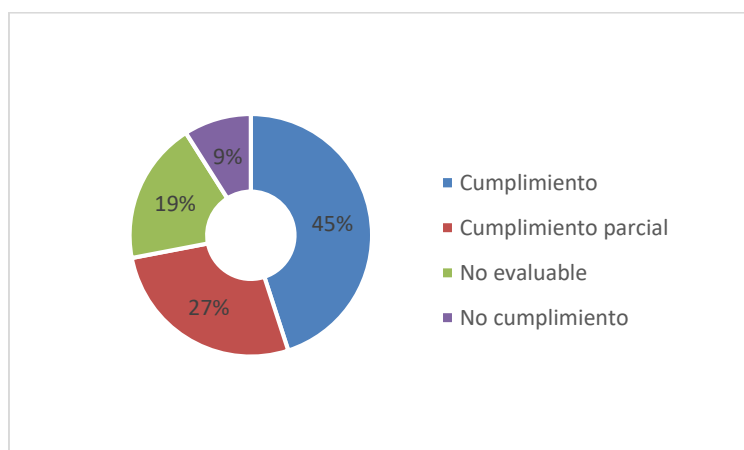
	Realizado
	Cumplimiento parcial
	No evaluable (en caso de ausencia de datos)
	No realizado

En el anexo 1 se muestra el grado de cumplimiento de los indicadores de monitorización.

De su **análisis cuantitativo** se extraen los siguientes datos:

	Número de indicadores	Porcentaje
<i>Realizado</i>	51	45%
<i>Cumplimiento parcial</i>	30	27%
<i>No evaluable</i>	21	19%
<i>No realizado</i>	10	9%
<i>Total</i>	112	100%

Gráfico 2: Cumplimiento de indicadores de monitorización del Plan Sociosanitario



Fuente: Elaboración propia

Desde el **punto de vista cualitativo** es necesario profundizar en el análisis del cumplimiento de las acciones e iniciativas previstas en sus líneas estratégicas:

Línea 1: Actuaciones con colectivos diana

En relación a la **atención a personas mayores frágiles** se han realizado o cumplido parcialmente el 83% (10 indicadores).

- Se ha implantado la estrategia ESTRENA, si bien es necesario retomar las acciones de envejecimiento activo previstas y que se interrumpieron por la pandemia.
- Se ha mantenido la participación en las redes europeas en materia de envejecimiento activo y actualmente se trabaja en la renovación de la candidatura Reference Site Asturias.
- Para la atención a personas mayores con enfermedades crónicas las Escuelas de Salud y acciones formativas del programa PACAS han venido manteniendo su actividad si bien condicionado por las restricciones de la pandemia.
- En el periodo 2019-2021 se llevaron a cabo los trabajos necesarios para la apertura de la Unidad del convalecencia en el CPR La Mixta
- El 100% de centros residenciales tienen implantados 3 protocolos de cuidados conjuntos con atención primaria estimándose necesario continuar en el desarrollo de nuevos documentos.

Respeto a la **atención a personas en situación de dependencia o diversidad funcional** se determinaron 22 indicadores. El grado de cumplimiento es variable: 9 realizados, 4 cumplidos parcialmente, 6 no evaluables por la ausencia de datos disponibles y 3 no se han realizado.

- Existe un protocolo general de coordinación entre servicios sociales y salud elaborado por el GT de "Planificación al alta pero se estima necesario seguir trabajando en su mejora e implementación.
- Se ha avanzado en la organización de consultas planificadas en residencias del Organismo Autónomo ERA y en el establecimiento de un protocolo de suministro de necesidades de material, pero es necesario dar continuidad a las acciones desarrolladas por los grupos de trabajo para el logro de estas medidas.
- En relación a la formación y atención a personas cuidadoras no es posible disponer de datos de participación en acciones formativas ya que estas son transversales y llevadas a cabo por múltiples servicios, no contando con registros específicos de los que obtener dicha información (medida a retomar especialmente en el caso de la acreditación de la participación en acciones formativas de las personas cuidadoras perceptoras de PECEF del SAAD) Por otro lado no se ha puesto en marcha el sistema coordinado social y sanitario previsto de orientación a cuidadores familiares.
- Se han llevado a cabo acciones para la promoción de la autonomía personal y mejora de la accesibilidad a través del Centro Asesor de Autonomía Personal y Productos de apoyo
- Queda pendiente la puesta en marcha de programas de prevención para evitar situaciones de dependencia o reducir las limitaciones que generan los distintos tipos de dependencia. Por otra parte el número de plazas de alojamiento temporal ha permanecido estable en el periodo de vigencia del plan por lo que se considera

conveniente retomar esta acción especialmente en el caso de las personas menores de 50 años.

El Grupo de Trabajo menores de 65 años, en su informe de conclusiones, señala la necesidad de desarrollar dispositivos de alojamiento que den respuesta a las necesidades sociosanitarias de este grupo de edad o a perfiles que no encajan en los dispositivos actuales, el incremento de las plazas de atención diurna y residencial y la flexibilización del acceso a los mismos.

En cuanto a la **atención a personas con trastorno mental grave/severo** se estima la realización de 4 indicadores, al que se suma el cumplimiento parcial de 2, resultando 3 indicadores no evaluables y 1 no realizado:

- Se han creado 65 nuevas plazas psicogerítricas siendo el total de plazas 190. Sin embargo la lista de espera asciende a 151 personas.
- El porcentaje de personas usuarias que finaliza la 1ª fase de alojamiento protegido en el caso de la Fundación Siloé se incrementó del 38.5% al 46,1% en el periodo vigencia del Plan.
- No es posible estimar el % de pacientes en plaza psicogerítrica con un informe clínico anual ni el número de personas en lista de espera para el acceso a alojamiento protegido ya que esta no se ha articulado formalmente
- Respecto a la atención a personas residentes en centros del ERA el seguimiento se realiza desde el Centro de Salud Mental de Referencia de manera normalizada, y en algunas áreas sanitarias, profesionales del CSM se desplazan a la propia residencia un día al mes. Si bien no existe un protocolo específico generalizado de atención a personas residentes con problemas de salud mental, cada CSM integra esta atención como parte de su programación asistencial normalizada.
- En relación a la existencia de protocolos de continuidad de cuidados sociales y sanitarios en personas con trastornos de salud mental resultan de aplicación los 3 protocolos sociosanitarios referenciados.

El Grupo de Trabajo Salud Mental/ERA/SESPA en su informe de conclusiones señala la necesidad de desarrollar dispositivos de que se adapten a las necesidades de alojamiento de personas jóvenes con problemas de Salud Mental y/o discapacidad, que no encajan en otros recursos, protocolizar la atención a personas residentes del ERA, la cumplimentación de informes o el acceso a plazas normalizadas, entre otras propuestas.

Respecto a la **atención a personas en riesgo de exclusión social** se han cumplido 3 indicadores, junto con 2 de forma parcial y 4 indicadores no son evaluables:

- Existe un protocolo general de intervención coordinada que abarca la intervención con personas sin hogar, si bien como ya se ha señalado se estima necesario trabajar en su mejora e implantación
- No hay datos disponibles para estimar los datos totales de uso de recursos de baja exigencia, casos complejos de SSB en los que se realizó coordinación sociosanitaria ni el

número de personas sometidas a medida judicial que participan en programas de inserción.

- Para la atención integral en materia de drogas y bebidas alcohólicas existen protocolos coordinados que facilitan la continuidad de los itinerarios terapéuticos
- En cuanto a atención sociosanitaria en el C. Penitenciario Villabona se ha constituido el grupo de trabajo se ha comenzado a trabajar en la definición de mecanismos de coordinación y la cartera de servicios asistenciales.

Por otro lado, en relación a la **atención a personas menores de edad con alta vulnerabilidad** de los 7 indicadores 2 se cumplieron, 3 de manera parcial y no se han realizado:

- Se publicó e implantó en el 100% de centros de acogimiento residencial de menores el libro "Menús saludables" El 25% del personal ha sido formado pero es necesario incrementar este porcentaje.
- Se ha trabajado en el desarrollo de un protocolo de coordinación UAIT, pediatría, servicios de rehabilitación.
- Respecto a la atención a menores con problemas de salud mental es necesario retomar las medidas propuestas revitalizando los grupos previstos.

En cuanto a la **atención a personas que sufren violencia y maltrato** de los 4 indicadores 3 se han cumplido y solo 1 es no evaluable:

- Se elaboró e implantó el protocolo sociosanitario para la promoción del buen trato y para la detección e intervención ante el maltrato a personas mayores, si bien no se disponen de datos para su evaluación.
- El 100% de los centros sociales y sanitarios se ha difundido la Guía de Actuación ante situaciones de maltrato infantil y el Protocolo Sanitario para mejorar la atención a las mujeres que sufren violencia de género en Asturias

Respecto a la **atención a persona al final de vida** la mitad de los indicadores previstos se han cumplido y la otra mitad son no evaluables:

- El 100% de centros residenciales sociales dispone protocolo de atención personas en final de vida y ofertan habitación de uso individual.
- No es posible estimar por ausencia de datos el porcentaje de personas en final de vida con valoración/revisión de la situación de dependencia ni las que cuentan con Documento de Instrucciones previas.

En cuanto a la **atención a personas vulnerables con problemas de salud oral** se han cumplido todos los indicadores previstos (4):

- Se elaboró un protocolo de mejora de la salud oral de personas con discapacidad y personas residentes en centros dependientes del ERA
- Se difunde información a través de recursos web
- Se han impartido al menos dos cursos entre profesionales (TCAE y enfermería) de los centros.

- La actividad de colaboración prevista con la clínica de asistencia bucodental de Cáritas no pudo llevarse a cabo debido al cierre del recurso. No obstante, existen actividades de colaboración para el desarrollo de proyectos específicos como el desarrollado desde el Instituto Asturiano de Odontología (IAO) con los Servicios Sociales Municipales dirigido a población vulnerable, con precios reducidos sobre las tarifas estándar.

En relación a la **atención a personas con enfermedades neurodegenerativas**, poco frecuentes y de difícil clasificación y que generan una alta dependencia cabe señalar que la apertura del Centro de Referencia Estatal de Langreo ha tenido lugar en mayo de 2022 al haber estado destinado este recurso a la asistencia a pacientes COVID durante la pandemia. En julio de 2021 se creó se constituyó la Comisión de seguimiento del protocolo general de actuación suscrito entre el IMSERSO y la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar. Para articular la colaboración entre ambos organismos se ha elaborado el “Protocolo general de actuación para el desarrollo del programas del centro”. Se estima necesario retomar la implantación de un protocolo de detección e intervención precoz en enfermedades neurodegenerativas en centros de día y residenciales.

Los grupos de trabajo de Planificación al alta e informes han realizado propuestas de mejora transversales a toda esta línea estratégica. El primero señala la necesidad de actualizar y flexibilizar la normativa de acceso a plazas residenciales para personas mayores incluyendo el concepto de urgencia social, dotación de profesional de trabajo social en todos los centros de salud y guardias localizadas, articular alertas en los sistema de información de salud para las personas con procesos sociales previos.

El Grupo de Trabajo Informes ha trabajado en la unificación de modelos de informe al objeto de contar con registros unificados y compartidos.

Línea 2: Sistema de información y comunicación sociosanitario

Respecto al **desarrollo de la HSUE** se elaborado un cronograma de implantación y actualmente se está trabajando en la diseño, licitación y desarrollo de diferentes módulos funcionales que componen la plataforma HSUE: Sistema de información Gestión de Centros de Cuidados de Larga Duración, módulos para Servicios Sociales Municipales, Dependencia, etc vinculados a los proyectos con cargo a los fondos europeos procedentes del Mecanismo para la Recuperación y Resiliencia (fondos MRR).

Para la **integración de las historias clínica y social** se ha venido trabajando en el análisis de las necesidades de intercambio de información para diversas acciones del Plan, así como el análisis funcional, tecnológico y normativo de cada necesidad. Recientemente se ha reiniciado la actividad del grupo de trabajo con el objetivo de seguir avanzando en esta acción.

Para avanzar en el establecimiento de registros compartidos el GT Informes ha unificado los modelos de informe de salud emitidos para el acceso a prestaciones de servicios sociales, se elaboró un documento guía para su cumplimentación, siendo necesaria su incorporación en los sistemas de información de salud.

Por tanto los tres indicadores previstos se han cumplido de forma completa o parcial.

Línea 3: Actuaciones de apoyo interinstitucional entre servicios sociales y sanitarios

En cuanto a la **atención farmacéutica** en centros residenciales públicos de personas mayores todos los indicadores se han cumplido de manera parcial (6)

- Un centro dispone de depósito de medicamentos, sistema de información para la gestión de fármacos previéndose seguir trabajando para su extensión al resto de centros
- Se han realizado trabajos previos para el desarrollo del sistema de dosis unitaria y de la herramienta informática de ayuda a la prescripción: análisis de necesidades y propuestas de operativización.

Para el establecimiento de un **sistema de aprovisionamiento de material sanitario y de hostelería** se han realizado trabajos previos por parte del grupo de trabajo sociosanitario.

Respecto al **uso compartido de tecnologías, servicios y dispositivos** todos los indicadores se encuentran en desarrollo: sistema de recogida de analíticas, coagulómetros, concentradores de oxígeno y nebulizadores habiendo el GT SESPA /ERA/AP trabajado en la operativización a corto y medio plazo de acciones necesarias para su implementación. Cabe señalar la experiencia del área III en el que han instaurado un procedimiento de recogida de analíticas. La factibilidad de las acciones propuestas está condicionada por el acceso compartido a los sistemas de información y por la implantación de la Estación Clínica de Atención Primaria por lo que será continuar la labor de los grupos de trabajo SESPA-ERA-AP y de Sistemas de Información.

Línea 4: Sensibilización profesional, formación y transferencia del conocimiento entre servicios sociales y sanitarios

En esta línea se estima un cumplimiento mayoritario de indicadores (12 indicadores cumplidos de los 14 previstos)

En relación a la **sensibilización y difusión del plan** se han cumplido todos los indicadores: Se elaboró y difundió un díptico informativo, se crearon espacios web específicos y se realizaron presentaciones del Plan en 5 áreas sociosanitarias

Por otra parte para la **formación continuada** se elaboró un plan de formación anual y se realizó la jornada anual de coordinación.

Para la **transferencia de conocimientos** se identificaron y difundieron BBPP, 11 guías y protocolos además de todos los procedimientos derivados de la gestión de la COVID19 y también en el periodo 2019-2021 se han autorizado proyectos de investigación en materias sociosanitaria en recursos dependientes de la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar.

Por último en relación al espacio ético sociosanitario se estima necesario avanzar en la coordinación y trabajo conjunto de los diferentes comités.

Línea 5: Estructuras de apoyo del Plan Sociosanitario

Todos los indicadores relativos a los **órganos de coordinación sociosanitaria** se han cumplido: reuniones, actas y memorias de actividad. En el periodo 2019-2021 las estructuras de coordinación sociosanitaria han seguido desarrollando su actividad, si bien claramente condicionada por la gestión de la pandemia.

Se hace necesario reforzar la coordinación entre los diferentes órganos (Consejo Interdepartamental; Comisión Técnica; Equipos de coordinación sociosanitaria y Grupos de trabajo) revitalizando su funcionamiento.

Por último es importante retomar y profundizar en la **coordinación con el tercer sector** al no haberse alcanzado los indicadores propuestos.

ANEXOS

Anexo 1: Grado de cumplimiento de los indicadores de monitorización del Plan Sociosanitario

Anexo 2: Propuestas de mejora de los grupos de trabajo

Anexo 3: Protocolo de Actuación en la Unidad Residencial de Convalecencia del Área V

Anexo 4: Plan de Formación Sociosanitaria para el periodo 2021-2023

Anexo 5: Proyectos innovadores con impacto en la atención sociosanitaria en el Principado de Asturias

Anexo 1. Grado de cumplimiento de los indicadores de monitorización

INICIATIVA 1.1. Atención a personas mayores frágiles	
Implantación de la Estrategia Asturiana de Envejecimiento Activo (ESTRENA)	
Participación en redes europeas: número de socios y de redes en que participa Asturias	
Número de concejos con Escuelas de Salud	
Número de personas formadas en el Programa Tomando Control de su Salud-PACAS	
Número personas formadas en el Programa Manejo Personal de la Diabetes-PACAS	
Número de camas de unidades sociosanitarias de convalecencia en funcionamiento	
Número de pacientes atendidos en estas unidades sociosanitarias de convalecencia	
Estancia media de pacientes en las unidades sociosanitarias de convalecencia	
Índice de rotación que se registra las unidades sociosanitarias de convalecencia	
Índice de ocupación (de las unidades sociosanitarias de convalecencia)	
Porcentaje de residencias que disponen de protocolos conjuntos de cuidados en coordinación con AP	
Porcentaje de protocolos conjuntos de cuidados entre AP y la residencia puestos en marcha	
INICIATIVA 1.2. Atención a personas en situación de dependencia o diversidad funcional	
Existencia de protocolos conjuntos sanitarios y sociales para la atención de personas en situación de dependencia en sus domicilios	
Total de plazas de alojamiento temporal para personas en situación de dependencia	
Número de personas cuidadoras formadas en el Programa Tomando Control de su Salud- PACAS	
Total de recursos creados de alojamiento temporal para personas menores de 50 años	
Número de personas con dependencia en alojamiento definitivo, según el tipo de alojamiento y la edad de las personas	
Cómputo total de programas de prevención creados	
Total anual de programas y actividades de formación a personas cuidadoras	
Existencia de protocolo de comunicación y derivación para personas en situación de dependencia	
Número de centros de día y centros residenciales de personas en situación de dependencia que disponen de protocolos conjuntos de atención o cuidados con el sistema sanitario	
Total de intervenciones de Buenas Prácticas, dirigidas a personas con diversidad funcional, identificadas en los ámbitos social o sanitario	
Total de personas formadas en los talleres de atención a personas cuidadoras	
Existencia de sistema coordinado social y sanitario de orientación a personas cuidadoras	
Número de personas perceptoras de la PECF que acuden a talleres de formación del SESPA	
Cómputo total de acciones realizadas para mejorar la información que se da a las familias cuidadores desde el ámbito social y sanitario	

Total de residencias que disponen de consultas planificadas del personal de salud en la propia residencia	
Número de consultas planificadas que se realizan	
Número de residencias que disponen de protocolos conjuntos de cuidados en coordinación con AP	
Total de protocolos conjuntos de cuidados entre AP y residencias puestos en marcha	
Existencia de un protocolo de suministro de necesidades de materiales consensuado entre Atención Primaria y las residencias del ERA	
Número de residencias que disponen de protocolos conjuntos de necesidades de material en coordinación con AP	
Total de usuarios que han acudido al Centro Asesor de Autonomía Personal y Productos de Apoyo	
Número de campañas de información y exhibición de los productos disponibles diseñados para personas con diversidad funcional y/o dependencia, a entidades o particulares	
INICIATIVA 1.3. Atención a personas con trastorno mental grave / severo	
Nº de plazas psicogeríatras de nueva creación	
Número de pacientes en espera para ingreso en plazas psicogeríatras	
Porcentaje de pacientes con al menos un informe clínico anual en plazas psicogeríatras / número de pacientes ingresados	
Nº de pacientes con trastorno mental estable que ingresan en plazas del ERA	
Número de pacientes que han sido atendidos por el servicio de Salud Mental en la propia residencia	
Existencia de protocolo de atención a personas con problemas de salud mental en centros residenciales del ERA	
Número de pacientes a la espera de alojamiento en pisos protegidos	
Porcentaje de pacientes que finalizan la 1ª fase en alojamientos protegidos	
Nº de pacientes residentes en el centro menores de 50 años	
Existencia de protocolo de continuidad de cuidados sociales y sanitarios en personas con problemas de trastorno mental	
INICIATIVA 1.4. Atención a personas en riesgo de exclusión social	
Existencia de protocolo coordinado de intervención con personas sin hogar desde los servicios sociales y sanitarios	
Total de personas sin hogar que acceden a recursos de baja exigencia	
Número de casos complejos de Salario Social Básico en los que se realizó coordinación sociosanitaria	
Total, de casos complejos de Salario Social Básico en los que se realizó coordinación entre Salud Mental y servicios sociales	
Existencia de protocolo coordinado de intervención de incorporación social e itinerario terapéutico	
Número de personas sometidas a medida judicial o penitenciaria que participan en programas de inserción	
Creación de un grupo de trabajo de coordinación sociosanitaria entre profesionales de la Comunidad Autónoma y del Centro Penitenciario de Asturias	
Existencia de documento de definición de la cartera de servicios asistenciales en el centro penitenciario en coordinación con los servicios sociales y sanitarios	

Existencia de memoria anual de actividades asistenciales relacionadas con la actividad coordinada con el sistema sanitario y social	
INICIATIVA 1.5. Atención a personas menores de edad con alta vulnerabilidad	
Existencia de un protocolo común de coordinación entre las unidades de Atención Infantil Temprana, Pediatría y servicios de Rehabilitación.	
Publicación del libro de menús saludables	
Porcentaje de implantación en los centros de menús saludables	
Porcentaje de personal con formación en menús saludables	
Creación de grupo de trabajo "Protocolo de coordinación Unidades Hospitalarias de Pediatría e Instituto de la Infancia"	
Grado de actualización de protocolos de coordinación	
Nº de centros de menores tutelados con protocolo de coordinación salud mental, servicios sociales y educación	
INICIATIVA 1.6. Atención a personas que sufren violencia o maltrato	
Elaboración de protocolos de promoción de buen trato y detección e intervención de maltrato a personas mayores y con diversidad funcional	
Número de casos detectados	
Total de centros sanitarios y sociales que intervienen con menores y han difundido al Guía de Actuaciones ante situaciones de maltrato infantil	
Número de centros sanitarios que han difundido el Protocolo Sanitario para mejorar la atención a las mujeres que sufren violencia de género en Asturias	
INICIATIVA 1.7. Atención a personas al final de la vida	
Número de centros sanitarios y centros residenciales sociales en los que se oferta habitación individual a personas al fin de la vida	
Porcentaje de personas en el proceso final de vida con valoración o revisión de la situación de dependencia	
Porcentaje de personas en el proceso final de la vida con Documento de Instrucciones	
Previas otorgado en el ámbito sanitario de Asturias	
Existencia de protocolo de atención a personas al fin de la vida en centros residenciales sociales	
INICIATIVA 1.8. Atención a personas vulnerables con problemas de salud oral	
Existencia de protocolo de atención a personas con discapacidad intelectual y problemas de salud oral	
Difusión de información sobre salud oral para personas mayores en Astursalud	
Existencia de protocolo de promoción de la salud oral y cuidados para personas que viven en centros residenciales del ERA	
Existencia de actividades de colaboración con entidades que desarrollen proyectos específicos de salud buco oral como Caritas, entre otras.	
INICIATIVA 1.9. Atención a personas con enfermedades neurodegenerativas, neuromusculares, poco frecuentes y de difícil clasificación con alta dependencia	
Existencia de protocolo de coordinación social y sanitario con el Centro de Referencia Estatal de Langreo	
Existencia de protocolo de intervención coordinada social y sanitaria a personas con enfermedades neurodegenerativas	

Porcentaje de centros de día y residenciales que tiene implantado un protocolo de detección e intervención precoz en enfermedades neurodegenerativas	
INICIATIVA 2.1. Desarrollo de la historia social electrónica	
Elaboración del cronograma de desarrollo e implantación de la historia social electrónica	
INICIATIVA 2.2. Integración de historia clínica e historia social	
Verificar la integración del CIP- ASTU en la historia social electrónica	
Creación y puesta en marcha de la plataforma de integración entre ambas historias electrónicas	
INICIATIVA 3.1. Atención farmacéutica en centros residenciales públicos de personas mayores	
Número de centros residenciales del ERA que disponen de depósitos de medicamentos dependientes de los servicios de farmacia hospitalarios	
Total de centros residenciales del ERA que tengan integrado un sistema de información para la gestión de farmacia con el hospital de área	
Número de centros residenciales del ERA que tienen instalada y estén utilizando una aplicación informática para la gestión de la prescripción de fármacos	
Total de centros residenciales del ERA en los que se haya puesto en marcha un sistema de dosis unitaria individualizada	
Total de centros residenciales del ERA que tengan implantada una herramienta electrónica de información sobre medicamentos y ayuda a la prescripción	
Número de programas que se desarrollan activamente en los centros residenciales para personas mayores del ERA	
Número de protocolos que se utilizan conjuntamente por los profesionales sanitarios de ambos sistemas	
INICIATIVA 3.2. Sistemas de aprovisionamiento de material sanitario y de hostelería	
Existencia de un procedimiento que permita la compra única de material sanitario y de hostelería entre ambos sistemas	
INICIATIVA 3.3. Uso compartido de tecnologías, servicios y dispositivos	
Número de centros residenciales para personas mayores del ERA que tengan implantado un sistema de recogida de analíticas en coordinación con el SESPA	
Número de centros residenciales para personas mayores del ERA que tengan coagulómetros integrados en la historia clínica electrónica	
Total de centros residenciales para personas mayores del ERA que dispongan de concentrador de oxígeno de apoyo	
Nº de centros residenciales para personas mayores del ERA que dispongan de sistemas de nebulización de apoyo	
INICIATIVA 4.1. Sensibilización social y difusión del plan sociosanitario	
Existencia de material informativo del Plan Sociosanitario para su difusión a profesionales y usuarios	
Número de profesionales de ambos sistemas a quienes se presentó el Plan	
Número de presentaciones públicas del Plan en el ámbito profesional	
Número de presentaciones públicas del Plan en el ámbito comunitario	
Porcentaje de cobertura del territorio	
INICIATIVA 4.2. Formación continuada	
Existencia de un plan anual de formación en coordinación sociosanitaria	
Realización de una jornada anual sociosanitaria	

INICIATIVA 4.3. Transferencia del conocimiento	
Existencia de convocatoria anual de buenas prácticas innovadoras	
Total de buenas prácticas profesionales identificadas y difundidas en los ámbitos social y sanitario	
Número de guías y protocolos elaborados en el seno del Plan en los ámbitos social y sanitario	
Total de trabajos de investigación elaborados en el seno del Plan en los ámbitos social y sanitario	
INICIATIVA 4.4. Espacio ético sociosanitario	
Existencia de material informativo de los comités de ética para su difusión a profesionales y usuarios	
Total de reuniones de los comités de ética de los ámbitos social y sanitario	
Número de casos analizados en conjunto por los comités de ética de los ámbitos social y sanitario	
INICIATIVA 5.1. Creación y puesta en marcha de estructuras de coordinación	
Número de reuniones anuales realizadas con su acta correspondiente	
Número de reuniones anuales realizadas con su acta correspondiente	
Memoria anual	
Número de demandas analizadas enviadas por los Equipos de Coordinación	
Número de reuniones anuales realizadas con su acta correspondiente	
Existencia de una memoria anual por cada Equipo de Coordinación	
INICIATIVA 5.2. Coordinación con el Tercer Sector	
Existencia de procedimiento de coordinación sociosanitaria con entidades del Tercer Sector	
Número de entidades del Tercer Sector con intervenciones coordinadas desde los ámbitos social y sanitario	

Anexo 2: Propuestas de mejora de los grupos de trabajo

Grupo de Trabajo Infancia	<ul style="list-style-type: none"> • Recopilar materiales de protección de menores para elaborar una pequeña guía técnica de documentos y enlaces de interés que poder difundir en el territorio. • Realizar encuentros por áreas con un tema de interés común para dar a conocer las competencias y funciones en materia de protección de menores de los ámbitos social, educativo y sanitario. • Análisis, entre los sistemas social, educativo y sanitario, de los modelos de Intervención para llegar al diseño de un modelo consensuado y coordinado entre los tres sistemas.
Grupo de Trabajo Informes	<ul style="list-style-type: none"> • Unificar los modelos de informe de salud requeridos para la gestión de prestaciones sociales reduciendo su número (de los 12 modelos detectados, se propone reducirlos a 4) acompañándolos de un documento- guía de cumplimentación. • Incorporar en HCE (OMI, SELENE, MILENIUM, ECAP) todos los modelos de informe así como los documentos-guía al objeto de facilitar a los/as profesionales la cumplimentación de los diferentes modelos de informes. • Arbitrar formulas que permitan solicitar informes sin exigir el desplazamiento del solicitante para los casos en los que el paciente no precise nueva valoración.
Grupo de Trabajo Menores de 65 años	<ul style="list-style-type: none"> • Crear alojamientos (temporales y definitivos) para personas que no encajan en los recursos ya existentes así como adaptar éstos a las características de los usuarios. • Reformar el Decreto que regula el acceso a las plazas del ERA contemplando por ejemplo medidas de flexibilización en el acceso. • Mejorar la coordinación y complementación entre los recursos sociales y los sanitarios (ajustando plazos, ofertando más servicios domiciliarios,...).
Grupo de Trabajo Planificación al alta	<ul style="list-style-type: none"> • Validar el protocolo para mejora de la coordinación sociosanitaria entre las Unidades de Trabajo Social Sanitario y los Servicios Sociales como documento que regula la práctica profesional entre ambos sistemas. • Revisar y actualizar la normativa de acceso a plazas residenciales públicas y centros sociosanitarios de convalecencia, diferenciando los criterios de acceso en función de la situación de la persona y favoreciendo la igualdad y equidad de la ciudadanía independientemente del área territorial. • Priorizar el acceso a las plazas concertadas con la red hospitalaria de utilización pública de Asturias (cuidados paliativos, convalecencia, rehabilitación), en base a la situación social, previa acreditación de informe de valoración interdisciplinar (medicina, enfermería y trabajo social) elaborado por el hospital derivador.
Grupo de Trabajo Coordinación entre servicios sociales y salud mental	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar un protocolo en el que se recoja el tipo de información que debe venir reflejada en los informes médicos para prestaciones sociales (situación clínica de la persona, capacidad de adaptación a los cambios, proyecto vital) considerando que éstos deben ir acompañados de informe de la trabajadora social sanitaria. • Crear recursos que se adapten a las necesidades de alojamiento de personas jóvenes con problemas de Salud Mental, que no encajan en otros recursos, de forma que se respeten sus proyectos de vida.

	<ul style="list-style-type: none"> • Estudiar las características de las personas usuarias de salud mental usuarias de recursos residenciales a fin de adecuar el recurso a sus características, complementar la atención con el acceso a otros recursos públicos o diseñar planes específicos de atención.
<p>Grupo de Trabajo SESPA – ERA- AP</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Introducir tecnologías, servicios y dispositivos en los centros residenciales públicos de personas mayores que mejoren la gestión de las necesidades sociosanitarias de sus residentes (integrando a los centros residenciales en el circuito de recogida de analíticas existente, dotando a los centros de coagulómetros y recursos de oxigenoterapia) • Buscar sinergias en la adquisición de material sanitario y de hostelería en los centros del ámbito social y sanitario valorando la puesta en marcha mecanismos de compra centralizada y única. • Establecer cauces de comunicación entre los profesionales sanitarios del sistema de salud y del centro residencial en lo que se refiere a protocolos conjuntos de cuidados, necesidad de material y acceso al sistema de información empleado.
<p>Grupo de Trabajo Centro Penitenciario de Asturias</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar la transición de las personas internas con trastorno mental grave, desde el CPA hacia los Servicios de Salud Mental del SESPA en el momento de la excarcelación estableciendo un protocolo de coordinación sociosanitaria que contribuya a la continuidad de cuidados y favorezca la continuidad del tratamiento. • Establecer un procedimiento de coordinación y acceso directo desde el Centro Penitenciario de Asturias a recursos de alojamiento dependiente del Servicio de Mayores, Diversidad funcional y Autonomía personal. • Integrar a la población reclusa en actividades de prevención y educación para la salud poniendo en marcha una “Escuela de Bienestar y Cuidados” en el Centro Penitenciario de Asturias
<p>Grupo de trabajo Sistemas de Información</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar las necesidades de cesión e intercambio de datos entre los sistemas sanitario y social para el abordaje de la atención sociosanitaria. • Determinar los requisitos tecnológicos para cada necesidad de cesión e intercambio identificando los diferentes programas informáticos empleados en los ámbitos sanitario y social, estudiando las posibilidades de la HSUe. • Comprobar los requisitos normativos para cada necesidad de cesión e intercambio velando por el cumplimiento de lo establecido en materia de protección de datos.

Anexo 3: Protocolo de Actuación en la Unidad Residencial de Convalecencia del Área V



**PLAN SOCIOSANITARIO
DEL
PRINCIPADO DE ASTURIAS
2019-2021**

**PROTOCOLO DE ACTUACIÓN
UNIDAD RESIDENCIAL
DE CONVALECENCIA
DEL ÁREA V**



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS



INTRODUCCIÓN.

Los Sistemas Sanitarios y de Servicios Sociales se han venido desarrollando históricamente en paralelo de acuerdo con sus regulaciones específicas resultando escasas y limitadas, tanto en el tiempo como en los recursos, las experiencias de coordinación implementadas al efecto.

Sin embargo, las características específicas de la Atención Sociosanitaria 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 las personas usuarias que se describen en el Decreto 70/2016, de 23 de noviembre, por el que se establecen Órganos de Planificación y Apoyo para la mejora de la Atención y Coordinación Sociosanitaria en el Principado de Asturias.

En el citado Decreto se pone en marcha el Consejo Interdepartamental de Coordinación Sociosanitaria que entre otras funciones tiene la de establecer Mecanismos de Cooperación, Coordinación y/o Colaboración entre los ámbitos sanitarios y sociales.

Se ha constatado una utilización de los recursos sociales y sanitarios en muchas ocasiones inadecuada y poco eficaz y que dejan traslucir la necesidad de una adecuada Coordinación Socio-sanitaria y la necesidad de poner en marcha nuevas estructuras de apoyo como las Unidades Residenciales Sociosanitarias de Convalecencia en Residencias de Personas Mayores.

La Atención Sociosanitaria proporciona un nuevo enfoque asistencial, donde predomina el cuidar sobre el curar, siendo cuestiones de especial relevancia, la continuidad de los cuidados y la coordinación entre los distintos niveles asistenciales como son la Atención

Primaria, la Atención Hospitalaria y la Atención en los Servicios o Dispositivos Comunitarios y Sociales.

La pérdida de independencia que genera la evolución de sus procesos hace que determinadas personas 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 evolucionando hacia la alta tecnología, lo que supone la necesidad de nuevas estructuras, que den respuesta a la creciente demanda de atención sanitaria de baja complejidad diagnóstico-terapéutica.

Estas estructuras, son unidades específicas en Residencias de Personas Mayores donde una persona en situación de dependencia, con un proceso crónico de enfermedad o una patología asociada al envejecimiento, reciba cuidados sociales y sanitarios de baja intensidad de forma simultánea, mientras logra su recuperación y se denominan Unidades Residenciales Sociosanitarias de Convalecencia. Son un nuevo recurso que nace del Plan Sociosanitario para el Principado de Asturias establecido entre la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar y la Consejería de Salud.

1.- DEFINICIÓN.

Se denominan Unidades de Convalecencia Sociosanitaria a aquellos recursos de continuidad de cuidados asistenciales ubicados en establecimientos residenciales para personas mayores, que están destinados a servir de ubicación temporal para personas ingresadas en centros hospitalarios que, reuniendo criterios de hospitalización a domicilio, no puedan ser derivados a su domicilio para atención por ese recurso por motivos sociosanitarios de diversa índole.

En el caso de que el proceso clínico que dio acceso a la Unidad de Convalecencia no se resuelva en los márgenes temporales establecidos, se buscará el recurso más adecuado para la persona, garantizando la continuidad de cuidados.

2.- POBLACIÓN DIANA.

Se establece la siguiente Población Diana:

1. Personas que, tras un periodo de hospitalización, presentan un cuadro clínico que requiere atención sanitaria y cuidados de perfil subagudo susceptible de



hospitalización a domicilio (curas complejas, administración regular de medicación, etc.) asociadas a necesidades sociales, no susceptible de hospitalización.

2. Personas con enfermedades crónicas limitantes, que tras un episodio de agudización, presentan un periodo de incapacidad potencialmente reversible (EPOC, Insuficiencia Cardíaca, etc.) y con criterios de Hospitalización a Domicilio.
3. Personas con enfermedad avanzada-terminal, con pronóstico de vida limitado a situación de últimos días de vida que requieren un tratamiento sintomático y de confort (personas en fin de vida por proceso neoplásico, por enfermedad neurodegenerativa, etc.), no susceptible de hospitalización.
4. Personas que tras una Intervención Quirúrgica presentan un proceso que les conduce a una incapacidad potencialmente reversible y no precisen rehabilitación.

2.1.- Criterios de inclusión.

Las Unidades Residenciales de Convalecencia Sociosanitaria están destinadas a personas mayores que cumplan los requisitos que contempla el Capítulo III del Decreto 10/1998, de 19 de febrero, por el que se regula el acceso y estancia en los Establecimientos Residenciales para personas mayores, que tras ingreso hospitalario por patología médica aguda o crónica reagudizada, traumatismo o cirugía, precisan una hospitalización a domicilio y asocian necesidades sociales en la esfera personal, familiar (derivadas de ausencia de la persona cuidadora, enfermedad de la persona cuidadora, claudicación familiar), o vivienda habitual con problemas de accesibilidad (bien internos, bien externos), que imposibilitan la prestación de cuidados en su medio habitual.

Además, deberán reunir criterios basados en:

1. Necesidades de cuidados detectados a partir del juicio clínico del Médico responsable del paciente, él o ella, y aceptadas por el/la Geriatra del Centro Sociosanitario, que no se pueden satisfacer por ausencia de apoyos familiares y/o sociales.
2. Dificultad para garantizar la continuidad de cuidados sanitarios al no poder ser prestados en su domicilio habitual.



2.2.- Criterios de exclusión.

Las Unidades Residenciales de Convalecencia Sociosanitaria no están destinadas a personas que precisen una Estancia Hospitalaria o sean tributarias de una Estancia Temporal en un Centro Residencial:

- Personas con enfermedades agudas o crónicas reagudizadas que precisen ingreso hospitalario.
- Personas con enfermedades mentales en fase de agudización que requieran asistencia en un Dispositivo específico de Salud Mental.
- Personas con enfermedades que precisan cuidados paliativos específicos en Unidades Hospitalarias.
- Personas con necesidades de carácter exclusivamente social.
- Personas con necesidades de carácter exclusivamente sanitario.
- Deseo de la familia, entorno cercano y/o persona usuaria sin necesidad de cuidados específica percibida por los clínicos de referencia.

2.3.- Criterios de priorización para la selección entre varios/as pacientes susceptibles de acceder en un momento concreto a una plaza de la Unidad de Convalecencia.

Serán determinantes los siguientes criterios:

1. Menor apoyo social/familiar en caso de que existan criterios clínicos que no puedan ser atendidos en una plaza temporal.
2. Mayor complejidad de cuidados.
3. Menor capacidad económica

3.- UBICACIÓN Y RECURSOS.

Las Unidades Residenciales de Convalecencia Sociosanitaria son Dispositivos establecidos dentro de las Residencias de personas mayores dependientes del ERA.

Las Unidades dispondrán 24 horas diariamente de:

- Enfermeras.
- Técnicos/as de Cuidados Auxiliares de Enfermería.
- Atención médica.



La ratio de personal de enfermería, según estimaciones de cargas de trabajo se prevé sea:

- Enfermeras: 6 (pendiente determinar turnos).
- Técnicos de Cuidados Auxiliares de Enfermería: 15 (pendiente determinar turnos).

4.- PROCEDIMIENTO DE ATENCIÓN A PERSONAS CON NECESIDAD DE CUIDADOS EN UNIDADES RESIDENCIALES SOCIOSANITARIAS DE CONVALECENCIA.

4.1.- Derivaciones.

Se iniciará una fase de pilotaje inicial en la que se habilitarán 15 plazas en la Unidad de Convalecencia.

Las personas subsidiarias de plaza podrán ser derivadas de las Unidades de Hospitalización de los Servicios de Medicina Interna, Angiología y Cirugía Vascular, Cirugía General y Traumatología del Hospital Universitario de Cabueñes.

Se deberá tener en cuenta que, las personas usuarias derivadas por el Servicio de Cirugía Vascular, pueden pertenecer a las Áreas Sanitarias VI y VIII, ya que es el Servicio del Hospital Universitario de Cabueñes el referente para dichas Áreas.

Posteriormente, se estudiará la posibilidad de incluir derivaciones desde otros Servicios y otras Patologías-Procesos que cumplan los criterios establecidos.

Serán susceptibles de derivación por cumplir criterio clínico:

1. Tratamientos endovenosos prolongados entendiéndose por tales, aquellos que precisen incrementar el tiempo de estancia hospitalaria por encima de la fecha de alta estimada.
2. Curas complejas que precisen tratamiento especializado.
3. Procesos de inmovilización que no precisen rehabilitación durante la estancia en la UC.

En la fase de pilotaje inicial, desde el punto de vista clínico, será susceptibles de derivación los/las pacientes que además de cumplir los criterios anteriores presenten una de las siguientes Patologías-Procesos de salud durante el ingreso en el Hospital Universitario de Cabueñes:



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS



- Patología cardiopulmonar (Insuficiencia Cardíaca, EPOC, Bronquiectasias sobreinfectadas, Asma bronquial, Neumonías).
- Celulitis.
- Bacteriemias.
- Deshidratación.
- ITU.
- Lesiones vasculares que precisen condiciones de máxima asepsia.
- Lesiones que requieren tratamientos de presión negativa.
- Pie Diabético.
- Infección osteoarticular.
- Fractura de cadera.
- Fractura de ramas (no subsidiaria de rehabilitación).
- Fractura de Miembros Inferiores portadora de yeso que prolonga la estancia hospitalaria.

Los criterios clínicos de derivación y aceptación de personas usuarias en este recurso, responderán siempre al juicio clínico del/de la médico/a responsable del/de la paciente así como del/de la médico/a Geriatra receptor. En esta primera fase, se vincularán a los Servicios de hospitalización derivantes comentados con anterioridad.

Al realizar la derivación, se tendrá en consideración que la expectativa de estancia en la Unidad de Convalecencia debe ser lo más corta posible.

En esta primera fase se comenzará el pilotaje con los casos que no ofrezcan duda para su derivación y posteriormente, en el contexto de la coordinación y la experiencia compartida, se establecerán reuniones periódicas (1 vez/mes) con el objetivo de realizar seguimiento, evaluación, reevaluación de perfiles y posibles áreas de mejora.

4.2.- Solicitud de ingreso con valoración clínica, funcional, cognitiva y social, realizada por el/la Médico/a solicitante, Enfermera y Trabajadora Social, responsables del/de la paciente en el Hospital.

Se incluirá:

1. Motivo de la solicitud de ingreso.
2. Necesidad y tipo de cuidados: Informe de Cuidados de Enfermería.



3. Necesidades sociales: Protocolo de Valoración Social. Anexo I: *Valoración del contexto social*.
4. Estimación de la posibilidad de retorno a domicilio por sus condiciones de salud y sociales.

4.3.- Solicitud de interconsulta.

Las solicitudes de interconsulta se realizarán con suficiente antelación para la valoración por parte de los/las distintos/as profesionales implicados/as en el proceso de atención, con carácter preferente, e indicando que el motivo es derivación a la Unidad de Convalecencia.

El médico responsable realizará interconsulta al Área de Trabajo Social del HUCAB para la valoración de necesidades sociales.

Si se considera que el/la paciente puede cumplir los criterios clínicos y sociales de derivación establecidos, se procederá al traslado de los informes del caso al/a la Médico/a Geriatra del CPR Mixta que valorará la aceptación del ingreso.

4.4.- Valoración de la solicitud de ingreso.

Si el/la Médico/a Geriatra del CPR Mixta acepta el criterio clínico, la solicitud de ingreso será considerada favorable en lo concerniente a criterios clínicos.

4.5.- Tramitación de la solicitud de ingreso.

Se solicitará interconsulta al área de Trabajo Social, que iniciará la tramitación habitual a una plaza temporal en la Unidad de Convalecencia a través de los circuitos ya existentes, y que será quien se ponga en contacto con el Área de Dependencia y Programas del Organismo Autónomo ERA, siendo ésta el Área encargada de revisar el resto de criterios de acceso a un recurso del ERA.

La documentación a aportar se indica a continuación:

- Solicitud según modelo habitual (no será preciso aportar el documento relacionado con los movimientos bancarios de la persona solicitante).
- Informe Clínico Hospitalario.
- Informe de continuidad de Cuidados de Enfermería.
- Informe de Trabajo Social.



La Unidad de Admisión del Hospital Universitario de Cabueñes, tramitará el alta cuando se produzca la aceptación y el traslado de la persona, como es habitual.

Recibida la solicitud en ERA, y emitida la resolución de concesión de plaza, se derivará a la Unidad de Convalecencia el correspondiente aviso de ingreso y se concretará la fecha exacta, según alta hospitalaria y disponibilidad de camas. En el supuesto de que sea necesario demorar el ingreso por inestabilidad clínica, se reservará la plaza durante 3 días.

4.6.- Traslado de las personas usuarias a la Unidad de Convalecencia.

El traslado a la Unidad de Convalecencia de la CPR Mixta de Gijón se realizará en horario de mañana, preferentemente entre las 10 y las 13 horas, y se facilitará el Manual de Acogida al ingreso en la Unidad de Convalecencia.

4.7.- Seguimiento clínico de las personas usuarias en la Unidad de Convalecencia.

El seguimiento clínico de la persona usuaria se realizará por el/la Médico/a Geriatra de la CPR Mixta de Gijón, siempre en continuo contacto con el personal de enfermería de la Unidad de Convalecencia.

Los/las Médicos/as y enfermeras que desempeñen la labor asistencial en la Unidad de Convalecencia de la CPR Mixta de Gijón, dispondrán de acceso a Historia Clínica Electrónica (SELENE).

La Atención Continuada fuera del horario laboral del/de la Médico/a Geriatra de la CPR Mixta de Gijón (mañana y tarde de lunes a viernes, y mañanas los fines de semana), será realizada por el Servicio de Atención Continuada del Área Sanitaria.

Si la persona usuaria de la Unidad de Convalecencia como consecuencia de un empeoramiento del proceso de salud por el que se derivó a la misma, tuviera la necesidad de ser reevaluado por los Servicios de Medicina Interna, Angiología y Cirugía Vascular, Cirugía General o Traumatología del Hospital Universitario de Cabueñes, se contactará telefónicamente con el Servicio correspondiente para la derivación directa al Hospital Universitario de Cabueñes.



El procedimiento de dispensación de medicamentos a la Unidad de Convalecencia de la CPR Mixta, se realizará acorde al *Protocolo de Actuación para el establecimiento de un Depósito de medicamentos en el Centro Polivalente de Recursos para Personas Mayores (CPRPM) Residencia "La Mixta" de Gijón.*

Así mismo durante la estancia de la persona en la Unidad de Convalecencia, el material fungible, será suministrado desde el almacén de la Gerencia del Área Sanitaria V, bajo petitorio establecido. Se realizará siguiendo el modelo de sistemática de envío que se utiliza para la CPR Mixta de Gijón.

La realización de pruebas analíticas se realizará siguiendo el modelo establecido en la CPR Mixta de Gijón. Se incluirá en el petitorio del Hospital Universitario de Cabueñes una impresora de etiquetas para la identificación de muestras de laboratorio.

4.8.- Seguimiento social de las personas usuarias de la Unidad de Convalecencia.

El seguimiento social de la persona usuaria se realizará por la Trabajadora Social de la CPR Mixta de Gijón, y la participación del Equipo de Servicios Sociales Territorial del Área V.

4.9.- Baja en la Unidad de Convalecencia.

En el supuesto de que al final de la estancia en la Unidad de Convalecencia la persona usuaria no pueda retornar al domicilio por carecer de los apoyos necesarios, la Unidad de Trabajo Social del Centro deberá solicitar la tramitación de Urgencia del Expediente que corresponda en función de la situación de la persona.

En el supuesto de que sea necesaria la Valoración de la situación de Dependencia, se tramitará el Expediente vía Urgencia por el Órgano de valoración del ERA, y se emitirá la correspondiente Resolución de PIA por la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar antes de que la persona abandone la Unidad de Convalecencia.

La baja de la persona usuaria de la Unidad de Convalecencia a su domicilio u otro dispositivo, se realizará con Informe del/de la Médico/a Geriatra del ERA y Resolución de baja por el Organismo Autónomo ERA.



5.- TIEMPO DE ESTANCIA.

El tiempo de permanencia de la persona usuaria en la Unidad de Convalecencia será de 20 días pudiendo ampliarse hasta un máximo de 2 meses, según criterio Facultativo y circunstancias particulares de cada persona, emitiéndose la correspondiente resolución.

Una vez transcurrido ese tiempo, la persona usuaria deberá acceder a otro tipo de recurso o a su domicilio, salvo circunstancias excepcionales.

6.- INFORMACIÓN CLÍNICA Y DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

La Unidad de Convalecencia, respecto al tratamiento de los datos y de la información que se genere con motivo de la atención a las personas usuarias comprendida en el alcance del presente Acuerdo de colaboración, deberá respetar lo estipulado en la Normativa de Protección de Datos vigente en cada momento (Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba su Reglamento de desarrollo y, el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos), así como a Normativa sobre Autonomía del paciente (Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica reguladora de la Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación Clínica).

7.- FASES DE IMPLANTACIÓN.

Se realizará una fase pilotaje en el Área V con un total de 15 plazas, con inicio en octubre de 2021. Posteriormente, se ampliarán progresivamente hasta alcanzar las 26 plazas.

8.- INDICADORES DEL PROCESO EN LA UNIDAD DE CONVALECENCIA.

Se proponen los siguientes descriptores del Proceso:

- Nº de ingresos en la Unidad por año.
- Edad y sexo de las personas que ingresan en la Unidad.



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS



- Motivos de ingreso en la Unidad.
- Nº de ingresos por Unidades de Hospitalización
- Tiempo de estancia medio.
- Porcentaje de ocupación de la Unidad.
- Motivos de alta de la Unidad: reingreso hospitalario, retorno a domicilio, ingreso en ERA (Estancia Temporal o Permanente), exitus.
- Tiempo desde ingreso en Unidad de Convalecencia para Valoración de su situación de Dependencia.
- Análisis de grados de dependencia en personas ingresadas.
- Satisfacción de las personas usuarias.
- Indicadores de carga de cuidados: RUG u otros.

9.- FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS.

Se realizará un periodo de formación a las personas que desempeñarán su labor asistencial en la Unidad de Convalecencia, relacionada con la posible necesidad de actualización de conocimientos y la incorporación de nuevas técnicas y procedimientos de asistencia detectados por ERA.

La formación de los recursos humanos se detalla en el Anexo II: *Actualización de conocimientos, y aprendizaje de nuevos procedimientos y técnicas asistenciales, y Sistemas de Información en la práctica clínica.*

La formación se realizará en un periodo de tiempo cercano a la apertura de la Unidad de Convalecencia y en colaboración y coordinación con la Unidad de Docencia de Enfermería del Hospital de Cabueñes, la "Dirección General de Calidad, Transformación y Gestión del Conocimiento", y la Dirección General de Cuidados, Humanización y Atención Sociosanitaria de la Consejería de Salud.



Anexo I: VALORACIÓN DE CONTEXTO SOCIAL.

Circunstancias personales que dificultan el tratamiento en domicilio:

- Falta de capacidad personal para cumplir tratamiento.
- Falta de autonomía física y personal para cumplimentación del tratamiento.
- Autoabandono.

Circunstancias familiares:

- No familia directa.
- Claudicación familiar (se refiere desestimiento o imposibilidad de la persona cuidadora habitual).
- Familia directa con imposibilidad de dar soporte por incapacidad personal (edad o incapacidad física/psíquica o falta de habilidades).
- Familia directa con imposibilidad de dar soporte por estrés.
- Familia directa con imposibilidad de dar soporte por alejamiento geográfico.
- Familia directa con imposibilidad de dar soporte por sobrecarga (atención de otras personas).
- Familia directa con imposibilidad de dar soporte por actividad laboral.
- Rupturas y/o alejamiento emocional de relaciones familiares.
- Negligencia/ abandono/ riesgo maltrato / maltrato.

Circunstancias de vivienda:

- Vivienda con barreras arquitectónicas que dificultan acceso.
- Vivienda con déficits en condiciones de mantenimiento o conservación.
- Vivienda inadecuada para tratamiento sanitario (habitación/pensión).
- Infravivienda/no domicilio fijo.

Circunstancias de no acceso a servicios y recursos:

- Zona rural / alejada de servicios/recursos o sin transporte.
- No servicio o prestación sanitaria domiciliaria.



Anexo II: ACTUALIZACIÓN DE CONOCIMIENTOS, Y APRENDIZAJE DE NUEVAS PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS ASISTENCIALES Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA.

La puesta en marcha de la Unidad de Convalecencia requerirá una actualización de conocimientos y el aprendizaje de nuevos procedimientos de actuación y técnicas asistenciales para el desempeño de las intervenciones y actividades de cuidados diarios siguiendo los criterios de la mejor evidencia científica.

Así mismo, la inclusión de los Sistemas de Información en la actividad diaria para la cumplimentación de los registros y formularios en el desempeño de sus funciones, hacen necesaria la formación en dicha área de conocimiento, de los/las profesionales que trabajan en la Unidad de Convalecencia.

La estrategia de formación estará relacionada con:

- Sistemas de información: SELENE.
- Metodología Enfermera y su aplicación en la práctica clínica.
- Actualización de conocimientos relacionados con las patologías y cuidados de los/las pacientes derivados.
- Terapia endovenosa. Bombas de infusión.
- Curas complejas de lesiones de la extremidad inferior. Terapia de presión negativa.
- RCP.

Se iniciará la formación de actualización y aprendizaje por las intervenciones y actividades relacionadas con las necesidades detectadas que permitan el desarrollo de la actividad asistencial diaria.

Los formularios de Historia Clínica Electrónica de la Unidad de Convalecencia objeto de aprendizaje para registro en SELENE en esta fase inicial serán:

Formularios para cumplimentación médica.

- Curso clínico.



- Informes ingreso/alta.
- Prescripción farmacológica.
- Prescripción no farmacológica: Prescripción dietética.
- Peticiones pruebas (laboratorio, radiológicas).
- Petición de interconsultas.
- Consentimientos.
- Formulario de Historia clínica general.

Formularios para cumplimentación enfermera.

- Notas:
 - Observaciones de Enfermería.
 - Comentarios de dieta.
 - Notas de medicación o tratamiento.
- Valoración enfermera adulto (Índice de Barthel, Escala St. Thomas Riesgo de Caídas, Escala Braden, EVA, Escala Must).
- Caídas.
- Constantes vitales y somatometría.
- Control de ingesta.
- Formulario balance hídrico (drenajes, deposiciones...).
- Control glucémico.
- Formulario de Prevención de úlceras por presión-humedad.
- Formulario registro de heridas y otras lesiones:
 - Heridas quirúrgicas.
 - Úlceras por presión-humedad.
 - Úlceras de extremidades (arteriales, venosas y pie diabético).
 - Otras lesiones.
- Formulario de catéteres: periféricos, epidurales arteriales y subcutáneos.
- Valoración de flebitis.
- Formulario sondas (vesical, nasogástrica).
- Formulario ostomías (traqueo, PEG, colostomía, urostomía...).
- Formulario escala de Rass de sedación.
- Formulario contención mecánica total.
- Formulario Test de deglución.



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS



- Planes de cuidados: planing de actividad enfermera (validación de medicación y cuidados).
- Informe de alta de enfermería-continuidad de cuidados.

El catálogo de formularios se podrá ampliar en función de las necesidades de las personas usuarias y de los formularios disponibles en SELENE.



Anexo 4: Plan de Formación Sociosanitaria para el periodo 2021-2023

El plan formativo parte de las propuestas de formación recogidas por los Equipos de Coordinación Sociosanitaria (ECSS), previa detección de las necesidades detectadas en su área, así como de propuestas de la Comisión Técnica de basadas en criterios de formación considerados necesarios para los ECSS.

El plan de formación consta de 18 acciones formativas que se realizará a través del IAAP.

1. Protocolo de Coordinación Sociosanitaria
2. Estrategia de seguridad en centro sociosanitarios: Medidas de precaución estándar y de aislamiento basado en el mecanismo de transmisión.
3. Trabajo en red: Modelos
4. Herramientas de comunicación al final de la vida
5. Prestaciones de Servicios Sociales
6. Ley de Protección al menor y actuaciones ante situaciones de riesgo/desprotección
7. Promoción de entornos seguros en los centros sociosanitarios: Mantenimiento de equipos y material
8. Estrategia de seguridad en centros sociosanitarios: Gestión de la información y comunicación efectiva
9. Protocolo contra la violencia sexual del Principado de Asturias
10. Estrategia de seguridad: cómo prevenir infecciones relacionadas con la asistencia en centros sociosanitarios
11. Protocolo sanitario para mejorar la atención a las mujeres que sufren violencia (SESPA)
12. Estrategia de seguridad en centros sociosanitarios: Uso seguro del medicamento.
13. Conciliación terapéutica
14. Personas con TMG en centros residenciales y otros recursos sociosanitarios
15. Continuidad de cuidados en personas con TMG
16. La atención infantil temprana
17. Menores de edad con problemas de salud mental
18. Atención sociosanitaria para personas sin hogar
19. Atención integral en materia de drogas y bebidas alcohólicas

ANEXO 5: Proyectos innovadores con impacto en la atención sociosanitaria en el Principado de Asturias

Este apartado tiene como objetivo completar los resultados de la evaluación del plan recogiendo diversas iniciativas innovadoras alineadas con el mismo y que han sido puestas en marcha en los últimos años por parte de diferentes agentes.

1. Proyecto para la mejora de la seguridad en los centros residenciales de personas mayores

Según definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), “la seguridad del paciente es una disciplina de la atención de la salud que surgió con la evolución de la complejidad de los sistemas de atención y el consiguiente aumento de los daños a los pacientes en los centros sanitarios. Su objetivo es prevenir y reducir los riesgos, errores y daños que sufren los pacientes durante la prestación de la asistencia sanitaria. Una piedra angular de la disciplina es la mejora continua basada en el aprendizaje a partir de los errores y eventos adversos”⁽²⁴⁾

Cuando hablamos de incidente relacionado con la seguridad del paciente nos estamos refiriendo a cualquier evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente a consecuencia de la asistencia sanitaria recibida. Cuando ese evento o circunstancia produce daño al paciente (enfermedades, lesiones, sufrimientos, discapacidades y muerte), decimos que se ha producido un evento adverso (EA)⁽²⁵⁾

La cultura de seguridad, y más en concreto la seguridad del paciente, cuenta con un notable desarrollo en el ámbito sanitario, tanto a nivel internacional como nacional, con resultados favorables lo que ha promovido su expansión a otros niveles asistenciales. En este sentido, la “Estrategia de Seguridad del Paciente en Asturias 2015-2020” plantea como uno de sus objetivos “Promover la cultura de seguridad del paciente en otros centros sanitarios y sociosanitarios de la comunidad”.

Según el Estudio Eventos Adversos en Residencias y Centros Asistenciales Sociosanitarios (EARCAS)²⁶. “En el ámbito sociosanitario, los problemas relacionados con la seguridad del paciente presentan cierta singularidad, ya que las propias características de la

²⁴ World Health Organization [Internet]. Patient Safety. 2019 [citado 10 enero 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>

²⁵ . World Health Organization, World Alliance for Patient Safety. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente, versión 1.1: informe técnico definitivo, enero de 2009 [Internet]. [citado 10 julio 2021]. Disponible en: https://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf

²⁶ Estudio EARCAS: eventos adversos en residencias y centros asistenciales sociosanitarios. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; Secretaría General Técnica, 2011.

persona hacen difícil distinguir entre los daños ocasionados por la atención prestada y los derivados de la enfermedad y/o sus condiciones clínicas y que son conocidos como complicaciones del curso clínico o de la historia natural de la enfermedad”

El perfil tipo de una persona residente en un centro sociosanitario se corresponde con una persona de edad avanzada, con alguna discapacidad o dependencia sea física o mental, con pluripatología y/o polimedicación y que precisa de cuidados durante un periodo largo de tiempo. Estas características contribuyen, sin duda, a aumentar el riesgo de sufrir un daño asociado a la atención; sin embargo los estudios relacionados con seguridad del paciente en este ámbito son llamativamente escasos.

Cabe señalar que el marco de actuación autonómico en esta materia se ha visto reforzado con la aprobación de las estructuras de coordinación sociosanitaria integradas dentro del plan.

**PROYECTO PARA LA
MEJORA DE LA SEGURIDAD
EN LOS CENTROS RESIDENCIALES
DE PERSONAS MAYORES**

Septiembre 2017

El [Proyecto para la mejora de la seguridad en los centros residenciales de personas mayores](#) tiene como primera meta promover la cultura de seguridad dentro de la red de dispositivos públicos dependientes del ERA, con el objetivo de poder hacerla

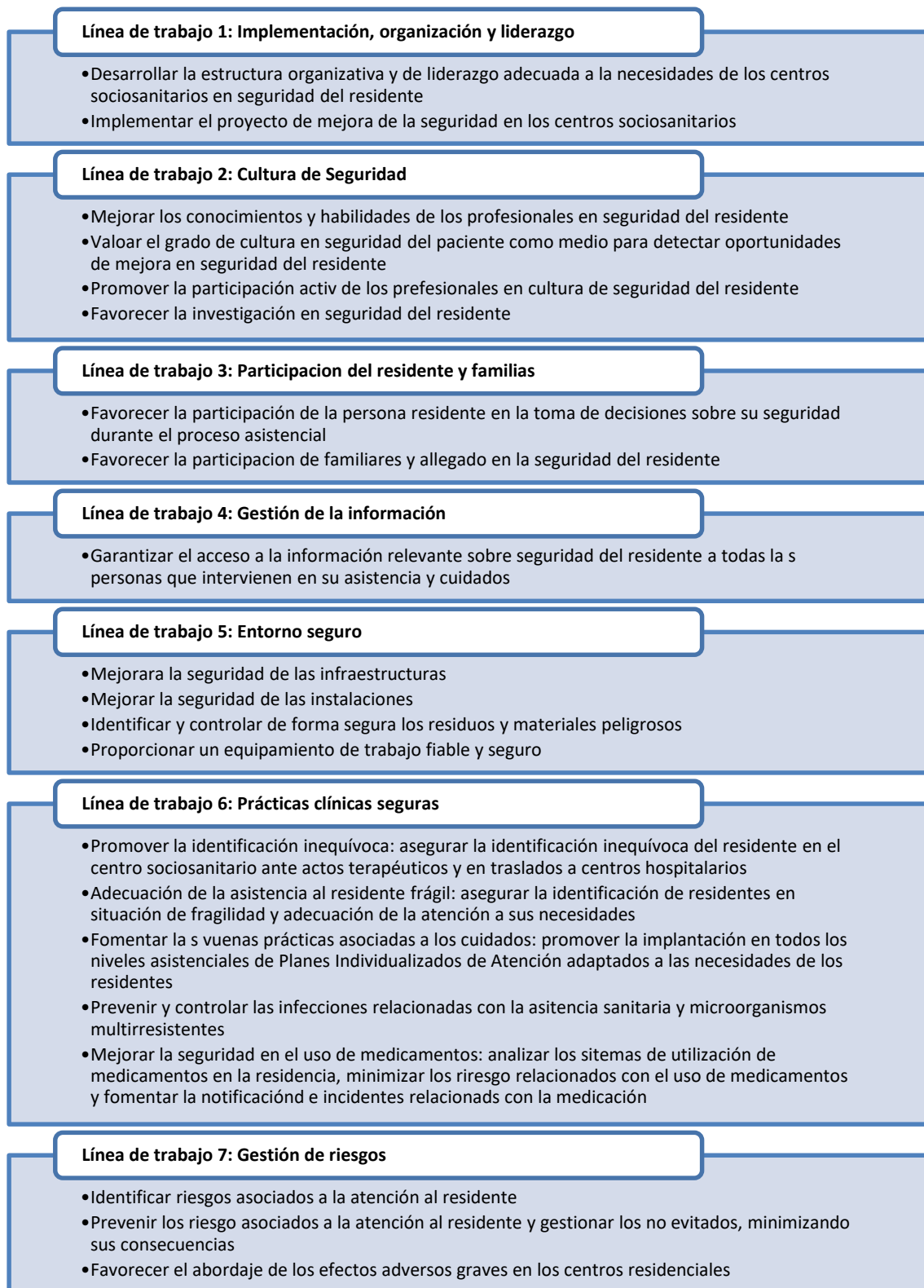


extensible a toda la red de centros residenciales del Principado de Asturias, con independencia de la titularidad de su gestión. Persigue así mismo, ser un documento de referencia para directivos/as, profesionales, personas residentes y sus familias, en lo relativo a la seguridad de la asistencia prestada dentro de los centros públicos sociosanitarios de atención a personas mayores del Principado de Asturias.

Desde su creación el Organismo Autónomo E.R.A ha venido desarrollando instrumentos de apoyo y mejora de la calidad de la atención de las personas residentes como por ejemplo la puesta en marcha de diversos protocolos de actuación o la formación continua del personal. Este documento pretende crear un marco integrado de actuaciones en materia de seguridad del paciente, reforzando las acciones desarrolladas, introduciendo nuevos ámbitos de actuación y creando nuevas figuras profesionales que lideren y desarrollen su implantación.

Tomando como referencia la Estrategia de Seguridad del Paciente en Asturias 2015-2020 se definen 7 líneas de trabajo, 24 objetivos específicos, acciones concretas, así como indicadores de evaluación.

Figura 7: Líneas de trabajo y objetivos del Proyecto para la mejora de la seguridad en centros residenciales de personas mayores.



Fuente: Elaboración propia

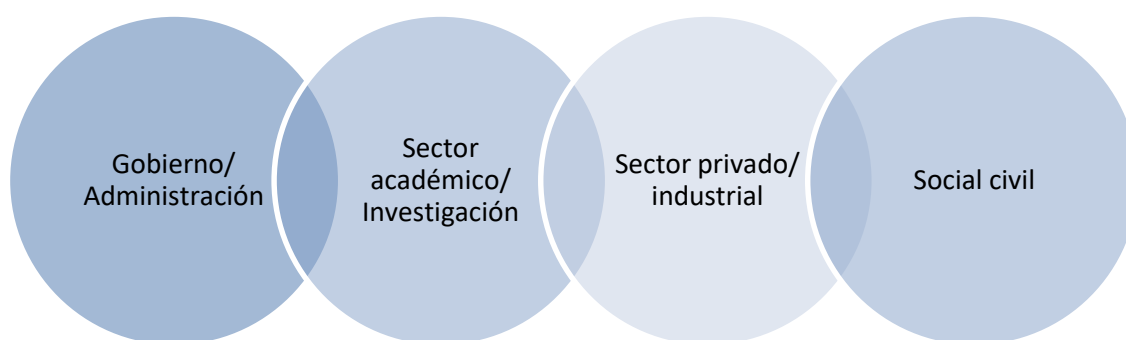
Actualmente el proyecto se encuentra en fase de implementación. En concreto se han puesto en marcha las acciones previstas para el desarrollo de la estructura organizativa y de liderazgo (objetivo 1 de la primera línea de trabajo):

- Crear una Comisión de Seguridad que facilite el liderazgo, la coordinación y el seguimiento y evaluación entre la Gerencia del ERA y los centros residenciales de personas mayores.
- Conformar equipos para la gestión del riesgo acordes a las áreas sociales existentes
- Designar una persona responsable en seguridad en cada centro
- Cada programa de prácticas seguras en los centros deberá contar con un referente que promueva su implantación, cumplimiento y evaluación.

A partir de septiembre de 2022 se prevé la implementación del resto de acciones y objetivos previstos en el proyecto.

2. Proyectos innovadores implementados en el marco de la iniciativa Reference Site Asturias

Como ya se ha reseñado en la página 16 del documento el Reference Site Asturias es un reconocimiento concedido en 2016 por la Comisión Europea a nuestra región en el marco de la iniciativa estratégica European Innovation Partnership on Active Healthy Ageing (EIP-AHA), como lugar de referencia por la tarea que está realizando en el ámbito del envejecimiento activo y saludable.



Dentro de este apartado se recogen algunos proyectos innovadores impulsados por las organizaciones integrantes del Reference Site Asturias en los últimos años, y que tienen relación o impacto en la atención sociosanitaria:

Tabla 22: Proyectos innovadores desarrollados por el Reference Site Asturias

ORGANIZACIÓN: Centro Europeo de Empresas e Innovación del Principado de Asturias (CEEI Asturias)			
DENOMINACIÓN DEL PROYECTO	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	POBLACIÓN DIANA
<p>Programa BIOCEEI BIO ECONOMÍA Y SALUD</p> <p>Programa de aceleración de proyectos empresariales innovadores y tecnológicos en el ámbito de la bioeconomía y la salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar y apoyar nuevos bioemprendedores y potenciales empresas en innovación o de base tecnológica - Acompañar a empresas ya existentes en su proceso de maduración que se planteen diversificar o lanzar nuevas líneas de negocio especializadas en la áreas de biomedicina y biotecnología, tecnologías para la salud, medical devices, mHealth, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> - Itinerario formativo y práctico que combina la intervención del equipo técnico del CEI con expertos - Mentoring especializado por parte de entidades tractoras regionales 	<ul style="list-style-type: none"> - Emprendedores con ideas de negocio en el ámbito de la biotecnología - Investigadores que buscan transferir resultados de sus proyectos I+D+I al mercado - Start-ups en proceso de consolidación de este ámbito
ORGANIZACIÓN : Fundación para el Fomento en Asturias de la Investigación Científica Aplicada y la Tecnología (FICYT)			
<p>EFFICHRONIC</p> <p>(en coordinación con la Consejería de Salud)</p>	<p>Mejorar la sostenibilidad de los sistemas de salud mediante el uso de intervenciones rentables para gestionar el manejo de la población con enfermedades crónicas</p>	<p>El desarrollo de las actividades incluye la implementación del Programa de enfermedades crónicas de autogestión en 5 países / regiones , y la adecuación de medidas para reclutar , planificar e involucrar a la población con enfermedad crónica</p>	<p>Población vulnerable (personas mayores que viven solas y pacientes crónicos entre otros).</p>
<p>IDEAHL - Improving Digital Empowerment for Active Healthy Living</p> <p>(participación en proyecto a desarrollar en los próximos años)</p>	<p>Creación de una estrategia europea, integral e inclusiva, de alfabetización digital en salud para la Unión Europea. El objetivo final del proyecto será capacitar a los ciudadanos de la UE en el uso de herramientas digitales para asumir un papel más activo en la gestión de su propia salud y bienestar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mapeo de iniciativas y proyectos de alfabetización sanitaria en salud digital - Definición de mejores prácticas e intercambio de conocimientos - Implementación de proceso de co-creación para diseñar la estrategia 	<ul style="list-style-type: none"> - Personas mayores, usuarios de servicios sanitarios y sociales, decisores políticos, sectores no sanitarios, mundo académico, etc.
<p>Transforming Health and Care Systems (THCS)</p> <p>(participación en proyecto a desarrollar en los próximos años)</p>	<p>El objetivo de esta alianza es financiar proyectos relacionados con el desarrollo de innovaciones en los sistemas de salud desde un punto de vista tecnológico y clínico.</p>	<p>Elaboración del texto de la convocatoria, lanzamiento, gestión de todas las fases y el seguimiento de la ejecución y evaluación de los resultados del proyecto.</p>	

Fostering an ERA for Health research(E4H) (participación en proyecto a desarrollar en los próximos años)	El objetivo de esta alianza es financiar proyectos relacionados con las áreas de investigación de enfermedades cardiovasculares, estilos de vida saludable y nanomedicina.	Elaboración del texto de la convocatoria, lanzamiento, gestión de todas las fases y el seguimiento de la ejecución y evaluación de los resultados del proyecto	
CARE4DIABETES (participación en proyecto a desarrollar en los próximos años)	Mejorar y promover la salud en los Estados miembros de la UE reduciendo la carga de diabetes tipo 2 y los factores de riesgo relacionados a través de un tratamiento eficaz basado en la estilo de vida de los pacientes.	<ul style="list-style-type: none"> - Acciones preparatorias, estudio en profundidad de mejores prácticas y preparación de acciones piloto locales - implementar un Programa de Cuidados Intensivos de 6 meses con pacientes y monitorear, recolectar y evaluar resultados 	
ORGANIZACIÓN: Fundación IDONIAL			
3D Printed-Matrix Assisted Chemically Modified RNAs Bone Regenerative Therapy for Trauma and Osteoporotic Patients – cmRNAbone	Desarrollar una tecnología de regeneración ósea que permita tratar un amplio abanico de lesiones traumáticas y fracturas asociadas a la fragilidad ósea inducida por osteoporosis. Para ello, el proyecto busca desarrollar un nuevo enfoque terapéutico de regeneración ósea a partir de una combinación de ARN modificados químicamente y tecnologías de impresión 3D.	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo de ARN modificado químicamente. - Síntesis de matrices imprimibles de biomaterial - Codesarrollo de soluciones terapéuticas inyectables e impresoras 3D - Prueba de concepto preclínica para determinados candidatos a fármacos y preparación del primer ensayo clínico en humanos. 	Personas con problemas óseos
Colaboración público-privada para el desarrollo de respiradores en la lucha contra la pandemia COVID-19	Colaboración con los centros de I+D de las empresas ArcelorMittal y ThyssenGroup, así como con médicos especializados del Hospital Universitario de Asturias (HUCA) en el desarrollo de respiradores	<ul style="list-style-type: none"> - Análisis y definición de requisitos técnicos, funcionales y normativos. - Diseño de concepto del respirador. - Diseño del respirador, fabricación, validación y homologación 	Pacientes COVID

Proyecto ALIMES (Alimentación personalizada para el envejecimiento saludable) Misiones Científicas de Asturias 2021. Participación en el consorcio	Definir la agenda estratégica de innovación que consolide intervenciones nutricionales personalizadas que actúen sobre el microbioma intestinal	Definición estratégica de la misión y realización de un piloto de monitorización de la influencia de estrategias nutricionales personalizadas en la microbiota intestinal para hallar posibles biomarcadores asociados a un envejecimiento saludable.	Sociedad en general
BIOIMPRESION	Ahondar en la aplicación del concepto de bioimpresión 3D a la mejora de la salud y el envejecimiento activo	Actividades de I+D en el campo de la bioimpresión Publicaciones científicas y jornadas de divulgación.	Población con necesidad de medicina regenerativa, de curación de enfermedades,, o de tratamiento de las mismas (empleo de bioimpresión 3D en el testeo de nuevos fármacos).
Implantes personalizados	Desarrollo de implantes personalizados mediante fabricación aditiva a partir del modelo 3D generado en base a la imagen médica (TAC, radiografía, etc).	Colaboración en el desarrollo de implantes metálicos personalizados. Desarrollo de proyectos de I+D dirigidos al desarrollo de nuevos implantes basados en materiales plásticos y cerámicos bioabsorbibles procesables por impresión 3D	Población mayor
ORGANIZACIÓN: Instituto Oftalmológico Fernández Vega			
Programa de Formación Continuada en Oftalmología y Ciencias de la Visión (Títulos Propios de la Universidad de Oviedo).	Programa de formación continuada de sus profesionales y de especialistas externos	Seminarios de Investigación; Sesiones Bibliográficas; Seminarios Regionales de Oftalmología; Máster en Terapias Avanzadas y Medicina Regenerativa; Másteres en especialidades médico – quirúrgicas en Oftalmología	Profesionales de la Salud, alumnos de doctorado, investigadores ISPA y público general
EyeVega	Aplicación móvil de divulgación y conocimiento de las enfermedades oculares con la que el paciente puede también realizar un autodiagnóstico de enfermedades visuales	Creación y mantenimiento de una APP de información, divulgación y ayuda a la interpretación de signos de enfermedad ocular	Pacientes y público general de edad avanzada y con interés por conocer las enfermedades oculares, sus manifestaciones y posibles tratamientos

IMCUSTOMEYE. Imaging- based customised eye diagnostic and treatments	Consortio de investigación para la obtención de productos de diseño personalizado para el trasplante ocular	Actividades de investigación y desarrollo	Pacientes con patologías incapacitantes de la superficie ocular que causen ceguera, principalmente en población envejecida
Desarrollo de Biomarcadores de análisis de imagen ocular en patología neurodegenerativa y psiquiátrica – NeuroEye	Proyecto de investigación financiado por el Gobierno del Principado de Asturias a través del IDEPA y FICYT para la obtención de biomarcadores no invasivos para la detección temprana de Alzheimer y esquizofrenia.	- Observación y análisis de imágenes médicas de retina de pacientes con enfermedades neurológicas. - Creación de un sistema de machine learning para la detección automatizada y el diagnóstico especial de la enfermedad de Alzheimer en imágenes médicas de la retina	Personas de edad avanzada de Asturias, en especial con enfermedad de Alzheimer diagnosticada, sospechada o con factores familiares de riesgo
Telemedicina	El IOFV ha desarrollado un sistema de telemedicina que da servicio tanto a los pacientes en sus hogares, como a profesionales internacionales para el intercambio de conocimientos y técnicas.	Atención telemática de pacientes con imagen en tiempo real.	Pacientes del IOFV que no pueden desplazarse a la clínica o que no requieren de una observación detallada de su sintomatología.
ORGANIZACIÓN: Universidad de Oviedo			
La proyección social de las prácticas de aula de logopedia para personas mayores a través de medios telemáticos	Proyecto de innovación docente orientado al trabajo en envejecimiento activo	Diseñar y desarrollar actividades logopédicas en las diferentes asignaturas del profesorado impulsor de este proyecto, que se dirija a personas con envejecimiento saludable empleando medios telemáticos para su implementación.	Personas mayores en actividades de envejecimiento saludable
Proyecto ORCHESTRA: Connecting European Cohorts to Increase Common and Effective Response to SARS-CoV-2 Pandemic: ORCHESTRA	Proporciona un método innovador para estudiar la pandemia y ofrece recomendaciones para futuras crisis sanitarias	Actividades de investigación	Población a estudio abarca a población general, pacientes con COVID-19 y poblaciones especiales "en riesgo" de personas frágiles y trabajadores de la salud

Proyecto eHealth Participación en el consorcio	Aplicación de tecnologías digitales para prevenir la aparición de enfermedades crónicas con mayor prevalencia en la región.	Proyecto piloto de mejora del tratamiento y monitorización de la escoliosis idiopática adolescente	Población adolescente afectada
Proyecto ELDER Participación en el consorcio	Cear un LabAging, un laboratorio para el estudio de la problemática relacionada con el envejecimiento en Asturias, de cara a desarrollar estrategias de acción y modelos preventivos.	Proyecto piloto de estudio poblacional sobre fragilidad en personas mayores	Población mayor de Asturias
Master Universitario en envejecimiento, salud y calidad de vida A desarrollar en los próximos años	Formación específica en este ámbito dirigido a diferentes perfiles profesionales	Actividades docentes	Titulados universitarios interesados en la materia
ORGANIZACIÓN: Fundación CTIC Centro Tecnológico			
CTIC Rural Tech	El Centro de Innovación Tecnológica para el Medio Rural permite convertir el entorno donde se ubica en un espacio para el pilotaje de tecnologías basadas en Inteligencia Artificial que mejoren la calidad de vida de las personas en el medio rural	<ul style="list-style-type: none"> - Innovación y transformación digital para empresas rurales - Innovación tecnológica para la calidad de vida de las personas - Apoyo a grupos y entidades de desarrollo local - Fortalecimiento de un centro innovador demostrador de tecnologías rurales en España - Creación de un centro de encuentro y foro de experimentación para agentes y pueblos modelo 	Población de zonas rurales
Modelado de territorio inteligente – Stemo	La herramienta permitió la simulación de políticas sociales para analizar su impacto futuro en términos de población, ayudando así a los hacedores de políticas a tomar decisiones informadas.	Desarrollo de una plataforma para la Simulación de Escenarios Espaciales, aplicada a la Planificación y Gestión Urbana y Territorial, respaldada por Sistemas de Apoyo a la Decisión Espacial (SDSS), escalable e interoperable bajo estándares W3C basada en una combinación de técnicas de Inteligencia Artificial y Análisis de Decisión Multicriterio sobre Datos espaciales	Población del Principado de Asturias

Agente conversacional inteligente empático para la continuidad del cuidado de personas mayores con enfermedades crónicas (XDeva)	Proporcionar un agente inteligente empático que permita el empoderamiento y el autocuidado al atender consultas y monitorear la salud de personas mayores con enfermedades crónicas que viven solas en el hogar mediante el uso de tecnologías de procesamiento de lenguaje natural y visión por computadora.	Acciones de I+D que han dado como resultado el desarrollo de una prueba de concepto de un sistema experto implementado como interfaz conversacional, interoperable con la Historia Clínica Electrónica, que apoya el autocuidado en el hogar de personas con enfermedades crónicas	Personas mayores con enfermedades crónicas y cierto grado de autonomía que viven en su domicilio o en residencias de ancianos.
Sistema de telemedicina de bajo costo para el diagnóstico de enfermedades pulmonares (SISTEM-EP)	Desarrollo de un sistema de telemedicina en comunidades rurales, especialmente en aquellas con un alto grado de dispersión y/o de difícil acceso.	Desarrollo de un sistema de telemedicina basado en IoT (estetoscopio digital y espirómetro digital) e interoperabilidad con EHR para el diagnóstico temprano en tiempo real de enfermedades pulmonares	Población adulta con problemas respiratorios que limitan ABVD que residen en zonas alejadas para el diagnóstico y seguimiento
eSalud (Misiones Científicas del P. Asturias)	Aplicación de las tecnologías digitales para prevenir las enfermedades crónicas más prevalentes en el Principado de Asturias que limitan el envejecimiento activo.	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollar una hoja de ruta: diagnóstico de la situación y propuesta de un plan de acción - Implementación de un proyecto piloto utilizando tecnologías digitales para innovar en las fases de tratamiento, monitorización, seguimiento y alfabetización sanitaria de la escoliosis idiopática en la población afectada. 	Población de Asturias
Big Data e Inteligencia Artificial aplicados a la detección de conductas autolesivas y suicidas - BOSCO	Investigar la aplicabilidad de un sistema experto de apoyo al diagnóstico clínico basado en un modelo predictivo e inteligente capaz de alertar precozmente de conductas autolesivas o suicidas y ofrecer apoyo en la toma de decisiones en Atención Primaria	Desarrollo de un sistema que integra analítica inteligente de datos y Big Data para permitir la interoperabilidad con la HCE para la detección y prevención temprana, como herramienta de cribado, de pacientes con riesgo de autolesiones y conducta suicida.	Población general con riesgo de inclinación suicida, especialmente personas mayores
Atención Remota Integrada en Medio Rural	Iniciativa para analizar el impacto técnico y social de la solución avanzada de telesalud para el apoyo a la salud en zonas rurales	Despliegue y análisis del impacto tecnológico y social de una solución de telesalud en un entorno rural diverso en muestra representativa	Población rural del Principado de Asturias

ORGANIZACIÓN: Ayuntamiento de Oviedo			
Servicio de asistencia virtual conversacional a través de un sistema de chatbot de whatsapp para información de servicios sociales	Poner a disposición de la ciudadanía ovetense un nuevo canal de comunicación con la administración para dar una respuesta más inmediata a sus demandas 24 horas los 365 días al año	Desarrollo y gestión del servicio	Población del municipio con necesidades sociales
Línea telefónica de información especializada	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar información sobre los servicios y recursos existentes en el municipio de Oviedo para personas mayores o con diversidad funcional, o sus familiares. - Detectar situaciones de riesgo o maltrato que puedan sufrir las personas mayores o con diversidad funcional, - Atención de demandas planteadas mediante la línea telefónica. 	Desarrollo y gestión del servicio	Población mayor o con discapacidad del municipio
enoviedonosquedamosencasa#	Creación de un espacio virtual de la ciudadanía en la que en tiempo de confinamiento se acercasen servicios o recomendaciones saludables.	En la web se puede participar a través de diversas actividades, información actualizada en formatos accesibles y enlaces a otros recursos, además de varios manuales, para atender y dar apoyo a algunas de las necesidades concretas que puedan surgir	Población del municipio de Oviedo

ORGANIZACIÓN: Ayuntamiento de Gijón			
Proyecto Piloto “Soledad No deseada”	Detección de las situaciones de vulnerabilidad y fragilidad de las personas mayores residentes en la zona centro de Gijón prestando especial atención a la identificación y abordaje de las situaciones de soledad no deseada, así como construir un entorno amigable para las personas mayores	<ul style="list-style-type: none"> - Poner en marcha las denominadas “antenas informativas” identificando agentes detectores de la soledad no deseada y de situaciones de vulnerabilidad - Impulsar las redes de apoyo vecinales - Realizar una campaña informativa de sensibilización - Diseñar un programa de acompañamiento - Crear una red de comercios amigables 	Personas mayores de 80 años que vivan en la zona Centro
Activa-mente (a desarrollar en próximos años)	Fomentar el envejecimiento saludable, crear redes de apoyo y evitar la soledad, facilitar apoyo psicológico a la población mayor, etc.	Emisión de un programa de televisión de talleres de “aulas para mayores” que se realizan en los centros de personas mayores del municipio	Población mayor del municipio
ORGANIZACIÓN: Ayuntamiento de Avilés			
Apoyo psico-social a personas mayores y sus cuidadores	Se dirige a mejorar la calidad de vida de las personas cuidadoras y de las personas mayores a su cuidado, con la adquisición de conocimientos relativos al cuidado y la relación de ayuda	<ul style="list-style-type: none"> - Acting for dependant- Grupos de cuidadores: facilita espacios de comunicación para familiares de personas en situación de dependencia y espacios de aprendizaje donde se puedan intercambiar inquietudes y experiencias, etc. - Apoyo psicosocial individual para personas mayores y cuidadores: apoyo emocional y redes sociales entre personas cuidadoras, acompañamiento en el duelo 	Personas cuidadoras de familiares en situación de dependencia, detectados por los sistemas públicos de salud y servicios sociales, que precisen apoyo y acompañamiento en las funciones de cuidado
“Contamos contigo”	Prevención de situaciones de dependencia, aislamiento y fragilidad en personas mayores a través de su participación social y comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilización profesional sobre indicadores de riesgo - Puesta en marcha de recogida de información a través de las trabajadoras familiares del SAD - Análisis de la información y protocolizar actuaciones - Seguimiento y evaluación 	Personas mayores de 60 años residentes en la ciudad que viven solas o en pareja y con percepción de soledad no deseada.

ORGANIZACIÓN: Consejería de Derechos Sociales y Bienestar			
Red para la transformación del cuidado de larga duración en Asturias (Red-T- CLD- Asturias)	Espacio de encuentro y participación integrado por centros, profesionales y grupos comprometidos con el cambio en el cuidado	<ul style="list-style-type: none"> - Compartir documentación - Actividades de encuentro e intercambio - Desarrollo de las líneas de la estrategia 	<ul style="list-style-type: none"> - Centros y servicios de CLD - Profesionales y entidades - Ciudadanía y movimientos comunitarios/sociales
ORGANIZACIÓN: Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA)			
Rehabilitación cardiaca	Dotar al paciente de herramientas de autocuidado para el control de su enfermedad. Reducir la aparición de nuevos episodios relacionados con la enfermedad. Fomentar hábitos de vida saludables	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicación de un programa grupal de reacondicionamiento de pacientes cardiacos - Participación en programas de ejercicio físico, programa educativo sobre la enfermedad y control de factores de riesgo y programa psicológico de apoyo. 	Pacientes procedentes del servicio de cardiología de su área de referencia
COVID Rural	Mejorar la capacidad de protección y de cuidados individuales y colectivos de la población que vive en entornos rurales en el Principado de Asturias ante la pandemia derivada del COVID19	Asesorar, informar, sensibilizar, etc. con metodologías adaptadas a cada territorio mediante equipos de colaboración intersectoriales en el medio rural, con orientación comunitaria y participativa	Ciudadanía de los concejos rurales de Asturias
Proyecto Informe Cuidados de Enfermería y Dispositivos Electromédicos	Facilitar al paciente, cuidador y profesional de enfermería de AP, la accesibilidad a la información fundamentalmente de aspectos relacionados con dispositivos electromédicos (DEM), que porta el paciente al alta hospitalaria	<ul style="list-style-type: none"> - Documentación automatizada a través del registro del formulario alta /traslado de la Historia Clínica Electrónica - Elaboración de códigos QR e impresión del dispositivo que lleva el paciente - Visualización del video por AP - Accesibilidad al video para paciente y cuidador 	Pacientes al alta hospitalaria portadores de dispositivos electromédicos seleccionados
Portal del Ciudadano (se desarrollará en los próximos años)	Acceso individualizado a información clínica, recetas, informes y pruebas de laboratorio	<p>Desarrollo de la plataforma</p> <p>Difusión, información y formación a la ciudadanía</p>	Población de Asturias

3. Proyectos innovadores adheridos a la Red para la transformación del modelo de cuidados de larga duración

La Red para la Transformación del modelo de cuidados de larga duración, creada en el marco de la Estrategia T-CLD del Principado de Asturias, constituye un espacio de encuentro y herramienta clave para la participación de aquellos centros, servicios, organizaciones, profesionales y grupos de investigación que deseen implicarse activamente en el proceso de transformación hacia el nuevo modelo de atención, bien liderando procesos de cambio y mejora en su propia organización, bien llevando a cabo proyectos de innovación en este ámbito.

Existen 3 modalidades de participación en la red: centro o servicio comprometido con el nuevo modelo de CLD, aliadas/os con el cambio y proyecto innovador. Bajo esta última modalidad podrán integrarse en la red proyectos liderados por entidades centros y grupos de investigación que lideren iniciativas claramente innovadoras en el cuidado de larga de duración.

A continuación se exponen los proyectos innovadores incorporados a la red

3.1. Proyecto Biocuidados: Nuevos modelos de cuidados prestados por la comunidad, centrados en la persona, en entornos rurales (Fundación EDES)

Biocuidados es la primera experiencia piloto que se desarrolla en España en el medio rural que completa un ciclo completo de acción, desde el diseño de la metodología hasta la proposición de cambios normativos.

Para adquirir capacidad de cambio sistémico, el proyecto integra a toda la red de agentes: personas con necesidades de apoyo, entornos familiares y sociales, entidades afincadas en el medio rural, red de entidades del medio rural, administraciones públicas locales y autonómicas, centros de investigación y universidades.

Se implementará en 18 comarcas del territorio español durante 36 meses: de enero de 2022 a diciembre de 2024. En Asturias se llevará a cabo en la localidad de Tapia de Casariego, con la colaboración de la Dirección General de Servicios Sociales y Mayores de la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar.

El proyecto aborda tanto la prevención de la institucionalización como la desinstitucionalización de las personas. Además, trabaja de forma transversal siendo la población destinataria diferentes grupos de población con necesidades en el medio rural: infancia y adolescencia en riesgo de exclusión, personas mayores, personas con enfermedad mental, personas con diversidad funcional y personas en situación de sinhogarismo.

Las fases del proyecto se denominan paquetes e incluye:

1. Diseño de la metodología de intervención

2. Implementación, es decir, la ejecución de un modelo de atención poniendo en el centro a la persona, flexibilizando los apoyos y garantizando que los recursos respondan a sus proyectos vitales.
3. Evaluación, para medir los resultados obtenidos de la implementación del plan de vida.
4. Elaboración de propuestas de cambio sistémico en el modelo legislativo y de financiación que puedan contribuir al desarrollo de nuevas políticas de prevención de la institucionalización y fomento de la desinstitucionalización.

3.2. Proyecto Contamos contigo

Es un proyecto que pretende dar respuesta a la situación de soledad no deseada de algunas personas mayores mediante el fomento de su participación en actividades individuales y colectivas, en el domicilio y a nivel comunitario. Pueden participar en el proyecto personas usuarias del Servicio de Ayuda a domicilio entre los que se han detectado situaciones de soledad no deseada, independientemente de que se trate de actividades que son para el conjunto de las personas mayores, o algunas de ellas para los usuarios de los servicios de atención domiciliaria, o actividades comunitarias destinadas a toda la población.

A nivel general el proyecto persigue mejorar la calidad de vida de las personas mayores en su entorno fomentando el envejecimiento activo y saludable a través de la participación, la promoción de la autonomía y con ello la prevención de la dependencia.

Entre sus objetivos específicos se encuentran:

- Identificar la fragilidad de las personas mayores y/o dependientes usuarias de los programas de atención domiciliaria.
- Detectar las situaciones de soledad no deseada con interés de participación social y comunitaria o potencialidad de tenerlo.
- Favorecer hábitos saludables y actitudes positivas hacia el envejecimiento.
- Impulsar su participación activa e integración en la comunidad.
- Estimular el ocio y tiempo libre y canalizar hacia actividades gratificantes.
- Enriquecer a la comunidad con la participación de sus mayores y el fomento de actividades intergeneracionales.
- Involucrar a las trabajadoras familiares del Servicio de Ayuda a Domicilio favoreciendo también su empoderamiento y formación profesionales.

Serán destinatarios iniciales las personas mayores y/o en situación de dependencia, beneficiarias de programas de apoyo en el domicilio en el municipio de Avilés.

El proyecto se impulsa desde los Servicios Sociales Municipales del Ayuntamiento de Avilés y se desarrollará a lo largo de 2022 y 2023, con las siguientes fases de actuación:

- recogida de información
- análisis de la información
- establecimiento de actividades y recursos de apoyo a la participación, elaboración de catálogo de actividades.
- establecimiento de vías de promoción de la participación social
- seguimiento
- evaluación

Inicialmente se aplicará una escala de intervención proactiva con personas mayores elaborada por el servicio que permitirá detectar personas en situación de soledad no deseada y recogerá algunas de sus características y formas de vida.

En los casos que se detecten como de soledad no deseada, se realizará un análisis exhaustivo del caso, una revisión de la intervención desarrollada desde servicios sociales y desde el programa de atención a domicilio y se profundizará en los capacidades, apoyos, deseos, etc. así como las actividades a realizar. Estas serán de dos tipos: domiciliarias e individuales y comunitarias y grupales.

Además también se prevén como actividades de este proyecto la formación y empoderamiento dirigidas a las trabajadoras familiares.

Los recursos más importantes son: las profesionales del servicio de ayuda a domicilio, las actividades programadas desde el servicio (domiciliarias o comunitarias en pequeños grupos) y las actividades grupales a nivel comunitario desarrolladas en los centros sociales del municipio.

3.3. Proyecto Como en casa: Hacia la provisión de servicios centrados en las personas

El presente proyecto pretende generar conocimiento en relación con aspectos que promueven el bienestar en las personas que viven en entornos residenciales, con objeto de avanzar hacia entornos centrados en las personas desde lo que para ellas es significativo y constitutivo de bienestar. Se desarrollará en tres años (2022-2024)

Para ello, el proyecto se articula en diez paquetes de trabajo interrelacionados entre sí:

En primer lugar se co-creará un modelo orientador del buen cuidado, partiendo de las preferencias de las personas, de la evidencia disponible y de los aprendizajes adquiridos. El modelo será implementado en Asturias y Euskadi evaluando su impacto y generando respuestas a retos presentes.

En la dimensión relacionada con el buen trato, la personalización y la vida significativa se revisarán de manera participativa los elementos clave en relación con el trato que las personas demandan, para formar a los equipos desde metodologías reflexivas y acompañándolos en el proceso de transformación de las prácticas profesionales actuales hacia otras basadas en derechos y buen trato en la vida cotidiana.

Otro eje de actuación del modelo propuesto será la adecuación de entornos y ambientes para la vida significativa: la revisión participativa de elementos relevantes en relación con el diseño del espacio físico será el punto de partida para lograr ambientes personalizados y significativos, que protejan la intimidad de las personas y promuevan las relaciones dentro y fuera de la unidad de convivencia.

La dimensión organizativa contemplará el análisis y la implementación en relación a elementos organizativos clave como; ratios adecuados de profesionales, identificación de competencias y disciplinas profesionales y número y características de las personas usuarias, etc.

Como otro eje de trabajo relevante, se abordará la interrelación entre los centros y la comunidad, como parte de la misma y como ente que aporta valor más allá de los límites físicos de las residencias, contribuyendo de manera activa al objetivo de prevenir procesos de institucionalización no deseados.

Todas estas actuaciones serán evaluadas de manera interna y externa, utilizando diversas metodologías y técnicas, con el objetivo de conocer su impacto en el bienestar de las personas que intervienen en los cuidados, con el objetivo de generar conocimiento robusto que oriente políticas públicas que traccionen el cambio.

Paquetes de trabajo
1. El modelo de atención en entornos de cuidados
2. Buen trato, personalización y vida significativa
3. Entornos y ambientes par la vida significativa
4. La dimensión organizativa
5. Cultura organizacional centrada en las personas y liderazgo
6. Cuidados integrados en la comunidad: un itinerario a explorar
7. Metodología de evaluación
8. Transferencia y escalabilidad de las evidencias, conocimientos y aprendizajes
9. Difusión
10. Coordinación y gestión del proyecto

La participación de Asturias se realiza desde la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar Social, coordinando la recepción de este proyecto en tres tipo de centros residenciales: centros del ERA, Centros privados y recursos públicos de discapacidad (personas con discapacidad intelectual en proceso de envejecimiento).

La previsión inicial realizada es la que figura en las siguientes tablas distingue entre dos posibles escenarios de intervención: centros que van a poner en marcha unidades de convivencia como opción organizativa para avanzar en el cambio de modelo residencial y otros que realizarán avances desde otras modalidades residenciales.

Bibliografía y fuentes documentales

Decreto 70/2016, de 23 de noviembre, por el que se establecen órganos de planificación y apoyo para la mejora de la coordinación sociosanitaria en el Principado de Asturias.

Decreto 26/2013, de 22 de mayo, por el que se regula la creación, composición y funcionamiento del Comité de Ética en Intervención Social del Principado de Asturias.

Decreto 28/2014, de 12 de febrero, por el que se regula el Comité de Ética de la Investigación del Principado de Asturias.

Dirección General de Cuidados, Humanización y Atención Sociosanitaria.

Dirección General de Salud Pública.

Informe de evaluación del Plan Salud Mental 2015-2020.

Observatorio Asturiano de Servicios Sociales (ObservASS).

Resolución de 23 de febrero de 2011, de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, por la que se regula el funcionamiento de la Comisión Asesora de Bioética del Principado de Asturias.

Resolución de 19 de junio de 2020, de la Consejería de Salud, por la que se establecen medidas urgentes de prevención, contención y coordinación necesarias para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19 tras la expiración de la vigencia del estado de alarma.

Acuerdo de 8 de octubre de 2021, del Consejo de Gobierno, por el que se establecen medidas especiales de carácter extraordinario, urgente y temporal de prevención, contención y coordinación, necesarias para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19, en el territorio del Principado de Asturias.

webgrafía:

<https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/protocolo-para-la-atencion-a-la-salud-oral-de-la-poblacion-vulnerable-en-asturias>

<https://www.socialasturias.es/protocolo/personasmayores>

https://www.socialasturias.es/asturias/planes-sectoriales/estrategia-asturiana-de-envejecimiento-activo-estrena-2018-2021_827_1_ap.html

[Protocolo sociosanitario para promover el buen trato a las personas mayores y prevenir, detectar e intervenir ante casos de maltrato Consejería de Derechos Sociales y Bienestar del Principado de Asturias \(socialasturias.es\)](#)

[Guía de actuación desde el ámbito de servicios sociales: centros de servicios sociales y unidades de trabajo social \(socialasturias.es\)](#)

[Guía de actuación desde el ámbito de servicios sociales: centros, programas o servicios de atención a personas mayores \(socialasturias.es\)](#)

[Astursalud - Protocolo Sociosanitario para la Promoción del Buen Trato y la Detección e Intervención ante el Maltrato a Personas Mayores](#)

https://www.socialasturias.es/publicaciones/atencion-especifica-a-menores/publicaciones_369_1_ap.html

<https://www.astursalud.es/categorias/-/categorias/profesionales/05000area-sociosanitaria/08000guia-de-actuacion-sanitaria-para-la-atencion-al-maltrato-infantil>

<https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/protocolo-para-mejorar-la-atencion-sanitaria-a-las-mujeres-que-sufren-violencia-de-genero>

<https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/protocolo-para-la-atencion-a-la-salud-oral-de-la-poblacion-vulnerable-en-asturias>

https://www.socialasturias.es/servicios-sociales/coordinacion-sociosanitaria/diptico-coordinacion-sociosanitaria_988_1_ap.html

<https://www.socialasturias.es/plansociosanitario>

<https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/plan-sociosanitario-del-principado-de-asturias-2019-2021>