



DOCUMENTO TÉCNICO

Noviembre 2013

Coordinador

Francisco Manuel Suárez García

Grupo de Trabajo

José Fernández Díaz

María Teresa Martínez Rodríguez

Carmen Teresa Velasco Gómez

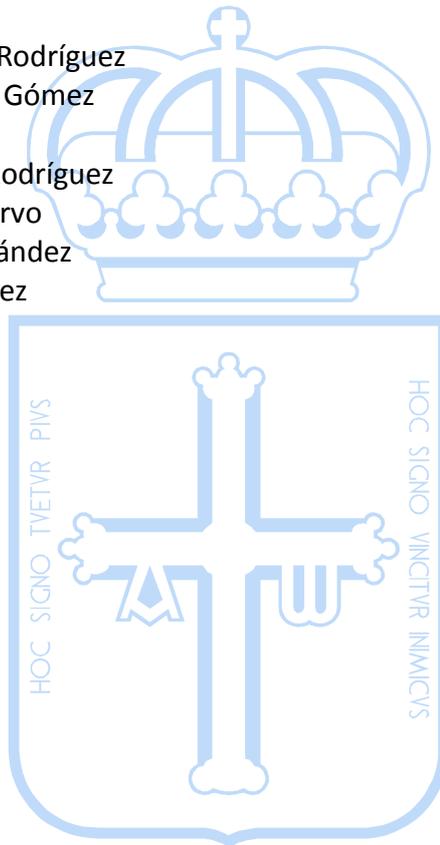
Marta Arco Fernández

José María Fernández Rodríguez

Fernando Martínez Cuervo

José Ramón Hevia Fernández

María Belén López Suárez



Definición

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

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

Objetivos

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

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

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

Objetivos secundarios:

- Contribuir a incrementar la sensibilidad de los profesionales de los sistemas sanitario y social hacia los problemas de estos ciudadanos.
- Crear circuitos de coordinación que clarifiquen los criterios y mecanismos de derivación
- Fomentar la investigación, docencia y formación continuada de los

profesionales del Sistema Sanitario y del Sistema de Servicios Sociales sobre temas relacionados con la atención sociosanitaria.

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

Las personas Usuarías

Las personas usuarias sociosanitarias se definen como:

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

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

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

Acciones Prioritarias

1.-Creación e implementación de estructuras de coordinación sociosanitaria

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

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

1. Comisión Interinstitucional para la coordinación sociosanitaria

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

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

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

Cometidos:

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

II. Subcomisión Técnica Interinstitucional para la coordinación sociosanitaria

Se propone como órgano de carácter técnico para la elaboración y seguimiento de propuestas relacionadas con la mejora de la atención y coordinación sociosanitaria.

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

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

Cometidos:

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

III. Equipos operativos de atención sociosanitaria

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

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

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

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

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

Con carácter general se distinguen dos tipos de equipos:

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

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

Se opta por la gestión de casos como metodología de trabajo básica en la atención sociosanitaria. El desarrollo de recursos de atención sociosanitaria organizados en torno la gestión de casos permite dar una respuesta coherente a situaciones de atención o cuidados que requieren una actuación social y sanitaria, favoreciendo la atención integral, la continuidad en la misma así como la costo-efectividad de las intervenciones.

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

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

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

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

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

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

2.-Puesta en Marcha de Unidades de Convalecencia en Residencias de Personas Mayores

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

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

I. Definición

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

II. Personas Usuarias

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

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

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

III.- Ubicación

La ubicación de estas Unidades estaría en las residencias del ERA .

IV. Puerta de Entrada

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

Los criterios de derivación deberían ser consensuados.

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

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

La atención de enfermería se llevaría a cabo con recursos propios del ERA. Actualmente se cubre el horario de mañana y tarde por lo que se precisan nuevos recursos para tener una atención continuada durante 24 horas.

V. Estimación de necesidades

En documentos previos se estima una necesidad de 400 camas. Dado el contexto actual proponemos en una primera fase 100 plazas con la siguiente distribución.

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

La ubicación de una experiencia piloto podría ser la residencia Aurora Álvarez, Residencia Mixta de Gijón o residencia del Nudo en Avilés.

VI. Desarrollo de la propuesta.

Actualmente un grupo técnico está trabajando en la definición de:

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

2.1. – Diseño y Puesta en Marcha de Equipos Operativos de Valoración Geriátrica

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

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

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

I. Funciones

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

II. Composición

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

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

III. Dependencia

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

IV. Estimación de necesidades

Se necesitarían 4 Equipos (Áreas III, IV, V y VII/VIII de forma conjunta). Se propone una experiencia piloto en Área V a partir de los facultativos que actualmente prestan sus servicios en la Residencia Mixta. En ese caso también se deberían estudiar las “carencias” asistenciales que se podrían producir en la Residencia Mixta y si deberían contratarse nuevos recursos o cubrirse mediante Atención Primaria.

3.- Acciones para Mejorar la Coordinación entre Atención Primaria y las residencias de personas mayores del ERA.

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

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

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

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

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

- a) La atención médica de cada residencia de personas mayores se concentre en 1 ó 2 médicos en función de su tamaño.

- b) Exista una consulta programada semanal en cada centro.
- c) Establecer cauces de comunicación entre enfermería de AP y del centro en lo que se refiere a protocolos de cuidados y necesidades de material.

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

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

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

Mejorar la gestión de farmacia y material sanitario.

- Central de compras de material.
- Mejorar la disponibilidad y el acceso al material sanitario. facilitar el acceso al catálogo general de productos dispensables desde el Centro de Salud de referencia, evitando listados reducidos que dificultan el acceso a determinados productos que son comprados por otras vías (p.ej.: antisépticos entre otros) o bien no son utilizados por falta de disponibilidad (p.ej.: determinados apósitos de cura en ambiente húmedo), lo que repercute sobre la calidad asistencial y/o el aumento de costes para la administración.
- Facilitar a los centros del ERA de recursos como los concentradores de oxígeno, sistemas de nebulización, equipos y material de suturas o simplemente sueros probablemente reduciría las derivaciones hospitalarias.
- La promulgación del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones contiene en su artículo 6 medidas relativas a la atención farmacéutica en los hospitales, en los centros de asistencia social y en los centros psiquiátricos, que requieren de desarrollo reglamentario autonómico. Según esa norma los centros residenciales que cuenten con una capacidad autorizada de 100 camas o más en régimen de asistidos deberán disponer de un servicio de farmacia propio.

No obstante y de conformidad con la normativa estatal, a instancias de la entidad titular del centro, dicha exigencia podrá ser eximida por el órgano competente de la Administración Sanitaria mediante la

suscripción de acuerdos o convenios, siempre y cuando el centro sociosanitario disponga de un depósito de medicamentos vinculado a un servicio de farmacia de la red pública del área de salud correspondiente.

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

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

- Informatización de los centros residenciales para mayores. Para facilitar la coordinación con los servicios de salud, sería conveniente la puesta en marcha en las residencias de personas mayores del ERA de la historia clínica electrónica, facilitando el acceso a OMI-AP vs SELENE de los profesionales sanitarios del centro. Se debería incluir a los profesionales de enfermería del ERA en el registro GID de Gestión de Identidades para facilitar la trazabilidad.
- Las residencias y en especial las dependientes del ERA, sean incorporadas al uso de tecnologías que mejoran la eficacia y accesibilidad a los servicios de salud.
- Existencia de un servicio conjunto y compartido para el transporte de analíticas desde el ERA a los centros del Servicio de Salud.
- Facilitar el acceso a consultas y pruebas diagnósticas a los cuidadores formales e informales de personas dependientes que los acompañan al hospital.

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

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

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

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

Cuando con un trastorno mental grave coexiste, por ejemplo, una discapacidad

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

- 1) Si la necesidad del recurso se basa en conductas justificadas o explicadas desde la patología/enfermedad mental que hacen incompatible su convivencia en el medio habitual, será necesario valorar dónde debe recibir el tratamiento más oportuno;
- 2) Si las conductas tienen que ver con la deficiencia intelectual el recurso ha de corresponder a esas características, con independencia de que necesite, en un momento determinado, asistencia desde SM en cualquier recursos asistencial, desde ingreso a tratamiento ambulatorio, etc.

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

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

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

1. Recursos sociosanitarios para personas con enfermedad mental.

- a. Pacientes en los que se necesita cubrir necesidades de alojamiento por imposibilidad de incorporarse a su lugar de residencia habitual, bien por carencia del mismo o por déficit en habilidades de autonomía personal en las necesidades básicas de la vida diaria, en cuya cobertura sería susceptible de participar el interesado en la medida de sus posibilidades. Incluyen pacientes que actualmente están alojados en Comunidades Terapéuticas (Oviedo, Gijón y Avilés) y Hogar protegido "La Casita" (Oviedo). Esta cobertura debería realizarse en Miniresidencias (3 de unas 30-35 plazas cada una).
- b. Unidad Residencial de Meres, con 26 plazas, en la que viven algunas personas procedentes del antiguo Hospital Psiquiátrico junto con otras que accedieron posteriormente, sin expectativa de alta, en situación residencial a largo plazo. Es una estructura propia de cobertura de necesidades sociosanitarias, en la que el soporte básico alude a cuidados básicos y alojamiento, por Servicios Sociales, y necesidades sanitarias por asistencia normalizada, Atención Primaria, y Salud Mental como en la actualidad.

2. **Plazas psicogerítricas** en residencias concertadas por el ERA: en la actualidad tienen cobertura psiquiátrica propia. El acceso a estas plazas está restringido por su saturación; el criterio de que cualquier persona con un diagnóstico de trastorno mental es

candidato exclusivamente a estas plazas psicogerítricas hace que los que están en lista de espera se acumulen en servicios de salud mental. Por ello, en las Miniresidencias que se proponen en el punto 1 podría no ser necesario el mismo número de plazas si se revisaran los criterios de acceso al ERA para personas con trastorno mental.

3. **Pisos con distintas necesidades de cobertura.** Son recursos sociales para aquellas personas que necesitan básicamente cubrir necesidades de alojamiento, manutención y cuidados básicos. Ha de existir siempre una cobertura directa de necesidades asistenciales por los Servicios de Salud Mental (Programa de atención a Personas con Trastorno Mental Severo). Los pisos o viviendas destinadas a personas con enfermedad mental severa existentes en la actualidad son gestionadas por FASAD o por la Fundación Siloé, con financiación de Servicios Sociales (Ayuntamiento de Gijón) y, en algún caso, por el SESPA (Gerencias de Área):

Propuestas concretas:

- a) Gestión de la unidad residencial de Meres por Servicios Sociales convirtiéndose en una miniresidencia de salud mental para menores de 50 años.
- b) Valoración de los residentes actuales en Meres y dar les acomodo en lugar que más se adecue a sus necesidades:
 - a. Plazas ERA en mayores de 50 años sin problemas de funcionalidad
 - b. Plazas de psicogeriatría en mayores de 50 años con problemas de funcionalidad.
 - c. Unidad residencial de Meres en < de 50 años.
- c) La Residencia Mixta de Gijón podría albergar las 30 plazas de salud mental del Área V lo que podría dar salida a muchos pacientes que están actualmente en la Unidad Terapéutica.
- d) Abrir las 14 plazas actuales que existen en el FUNDOMA como una miniresidencia para menores de 50 años.
- e) Trabajar protocolos entre Salud Mental y el área de admisiones del ERA para que la valoración por parte de psiquiatría sea tenida en cuenta en el momento de alojar a una persona en alguna residencia del ERA o concertada. En general, las personas mayores de 50 años con enfermedad mental y sin problemas de funcionalidad o convivencia serán derivadas a plazas ERA. Las personas con trastorno de la funcionalidad o con alteraciones de conducta que imposibiliten la convivencia normalizada entrarán en la lista de psicogeriatría.
- f) Protocolizar la atención por parte de Salud Mental de los pacientes que viven en residencias del ERA, de tal forma que existan canales de comunicación que permitan la actuación ágil y precoz ante posibles agudizaciones. En la medida de lo posible, los profesionales de psiquiatría deberían realizar consultas programadas de los pacientes que viven en centros residenciales y tienen

problemas de funcionalidad.

- g) Reevaluar a medio plazo los residentes que ocupan actualmente las plazas de psicogeriatría al considerar que una proporción por determinar podrían ocupar plazas ERA o en pisos.
- h) La actual gestión de los pisos por FASAD y la Fundación Siloé debería ser más homogénea en cuanto a recursos y tipo de profesionales que participan. Un grupo técnico debería de definir este punto para que la atención sea de calidad y eficiente.
- i) Gestionar el alquiler de pisos siempre por medio de VIPASA.

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

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

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

	Area I	Area II	Area III	Area IV	Area V	Area VI	Area VII	Area VIII	Total
Unidad Residencial Meres				26					26
Miniresidencias asistidas para toda Asturias			30	30	30				90
Plazas en Residencias (ERA), incluyen las psicogeríatricas	8	5	35	50	50	10	20	15	193
Pisos supervisados: 1ª fase, nivel autonomía bajo, supervisión directa parte del tiempo: plazas	3		6	9	9		3		30
Pisos Tutelados: 2ª fase, nivel autonomía alto, en nº de plazas	6	3	15	35	30	6	6	6	107
									446

- Las Miniresidencias asistidas son plazas para toda la población de Asturias: sustituyen parte de las plazas actuales en CT de Oviedo y Gijón y La Casita en Oviedo: precisan un Enfermero/a y

sería recomendable personal Educador Social. Gestión por SS con asistencia sanitaria directa de SM. Las plazas actuales en la comunidad terapéutica de Oviedo y Gijón y la casita deberían ser definidas como recursos sociosanitarios.

- Las plazas en el ERA (incluyen las psicogeríatras concertadas) son estimaciones referidas a personas que necesitan supervisión permanente y una atención por SM más directa que lo habitual en plazas normales del ERA. Gestión por ERA con asistencia sanitaria intensiva y directa de SM. Se propone de inicio una experiencia piloto.
- Los pisos supervisados son para personas dependientes que pueden estar fuera de Residencias, en tratamiento en los Servicios de Salud Mental. Gestión por SS.
- Los pisos tutelados: Para personas autónomas con tutela mínima, en tratamiento en los Servicios de Salud Mental. Gestión por SS.

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

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

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

Protección de Menores

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

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

Menores con necesidades específicas

- Con grave discapacidad
- Con enfermedades crónicas
- Con afectación por el maltrato recibido

- Con dificultades de comportamiento
- Con necesidades emocionales

Centros de alojamiento de menores

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

Centros para mujeres con grave problemática sociofamiliar

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

Acciones prioritarias:

- Difundir e implementar la *GUIA DE ACTUACIÓN* para los Servicios Sanitarios de Asturias ante el *Maltrato Infantil*.
 - Para ello se debería realizar una propuesta Conjunta de proceso formativo por el Instituto Adolfo Posada
- Establecer protocolos de actuación con el SESPA que facilite el reconocimiento de las prestaciones sanitarias para todas las personas menores de edad que o bien están en familias de acogida (en lo que se refiere a la representatividad de los acogedores, que debería figurar en la historia clínica electrónica) o bien sean de otros países (se observa un funcionamiento dispar según el área sanitaria que corresponda).
- Revisar los criterios de derivación a Salud Mental Infantil para aquellos menores tutelados y que residen en centros. Actualmente las derivaciones a salud mental Infantil sólo se pueden hacer a través de los centros escolares o pediatría. Los centros escolares hacen derivaciones directas sin saber o tener en cuenta que los menores que han sido objeto de maltrato presentan un tipo de conductas asociadas al tipo de maltrato recibido y por ello la valoración y procedencia de su derivación forma parte de un proceso integral de abordaje del caso que requeriría del establecimiento de un PROTOCOLO de coordinación de un plan de actuación. Por ello sería oportuno que desde servicios sociales se pudiese derivar a mental infantil.
- Trabajar sobre problemática de los menores extranjeros alojados en los centros hasta que son baja o se van porque encuentran un trabajo. Se considera de vital importancia conseguir la tarjeta sanitaria para estos menores.
- Desarrollar la salud bucodental para los discapacitados psíquicos.

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

Recursos de Atención Temprana

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

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

EN EL AREA I

UAIT GENERALISTA DE TAPIA

EN EL AREA II

UAIT GENERALISTA DE CANGAS DE NARCEA

EN EL AREA III

UAITA GENERALISTA DE AVILES

EN EL AREA IV

UAIT GENERALISTA DE OVIEDO

UAIT ESPECIFICA VINJOY (auditivos)

UAIT ESPECIFICA ASPACE-OVIEDO (parálisis cerebral)

EN EL AREA V

UAIT GENERALISTA DE GIJON

UAIT ESPECIFICA ADANSI (trastornos generalizados del desarrollo)

UAIT ASPACE-GIJON (parálisis cerebral)

UAIT ONCE (trastornos visuales)

AREA VI ARRIONDAS

UAIT GENERALISTA DE ARRIONDAS

AREA VII

UAIT GENERALISTA DE MIERES

AREA VIII

UAIT GENERALISTA DE LANGREO

Total de niños atendidos en 2012: 1529

Propuestas:

Se necesita crear el protocolo de derivación que realiza el pediatra en el OMI-AP o en el programa SELENE ya que algunas zonas de Asturias los niños son atendidos en sus consultas de primaria por pediatras de hospitales. El pediatra de A.P debería ser el profesional referente en el lado de salud para

las UAIT y no que tengan, como hacen ahora, que coordinarse con el y además con varios especialistas del hospital de referencia. Se debería valorar si atención especializada sea quien tenga la continuidad asistencial hasta el alta del programa.

7.- Acciones para mejorar la atención a Personas adultas con discapacidad y/o dependencia y edad comprendida entre 18 y 65 años que utilizan recursos públicos de alojamiento o Centros de Apoyo a la Integración

Recursos actuales para personas con discapacidad

I. Programas de alojamiento para personas con discapacidad

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

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

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

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

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

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

Plazas de alojamiento en centros residenciales para personas con discapacidad

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

Plazas de alojamiento en pisos tutelados

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

* Leyenda

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

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

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

ARCO IRIS	45
Cabueñes	64
La Arboleya	44

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

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

Propuestas:

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