



PLAN SOCIOSANITARIO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS 2018-2021

Gobierno del Principado de Asturias



GOBIERNO DEL
PRINCIPADO DE ASTURIAS

CONSEJERÍA DE SERVICIOS Y DERECHOS SOCIALES
CONSEJERÍA DE SANIDAD

ÍNDICE

5	1. INTRODUCCIÓN
8	2. MARCO NORMATIVO Y PLANIFICADOR
8	2.1 Legislación nacional y autonómica de referencia
9	2.2 Planes y programas del Principado de Asturias
10	3. MARCO SOCIODEMOGRÁFICO
18	4. MISIÓN, VISIÓN Y VALORES
18	4.1 Misión
19	4.2 Visión
19	4.3 Valores
21	5. LÍNEAS ESTRATÉGICAS
21	5.1 Línea 1: Actuaciones en colectivos diana
21	5.1.1 Atención a personas mayores frágiles
27	5.1.2 Atención a personas en situación de dependencia o diversidad funcional
33	5.1.3 Atención a personas con trastorno mental grave/severo
38	5.1.4 Atención a personas en riesgo de exclusión social
43	5.1.5 Atención a personas menores de edad con alta vulnerabilidad
48	5.1.6 Atención a personas que sufren violencia o maltrato
52	5.1.7 Atención a personas en final de vida
56	5.1.8 Atención a personas vulnerables con problemas de salud oral
58	5.1.9 Atención a personas con enfermedades neurodegenerativas, neuromusculares, poco frecuentes y de difícil clasificación con alta dependencia

61	5.2 Línea 2: Sistema de información y comunicación socio sanitario
61	5.2.1 Desarrollo de la historia social electrónica
63	5.2.2 Integración de historia clínica e historia social
64	5.3 Línea 3: Actuaciones de apoyo interinstitucional entre servicios sociales y sanitarios
64	5.3.1 Atención farmacéutica en centros residenciales públicos de personas mayores
66	5.3.2 Sistemas de aprovisionamiento de material sanitario y de hostelería
68	5.3.3 Uso compartido de tecnologías, servicios y dispositivos
70	5.4 Línea 4: Sensibilización profesional, formación y transferencia de conocimiento entre servicios sociales y sanitarios
71	5.4.1 Sensibilización social y difusión del plan
72	5.4.2 Formación continuada
73	5.4.3 Transferencia del conocimiento
75	5.4.4 Espacio ético socio sanitario
77	5.5 Línea 5: Estructuras de apoyo al Plan Socio sanitario
77	5.5.1 Creación y puesta en marcha de estructuras de coordinación
79	5.5.2 Coordinación con el tercer sector
80	6. EVALUACIÓN
80	6.1 Estrategia

81	6.2 Estructuras
81	6.2.1 Equipos de Coordinación sociosanitaria
82	6.2.2 Comisión Técnica para la coordinación sociosanitaria
83	6.2.3 Consejo Interdepartamental de coordinación sociosanitaria
84	6.3 Indicadores de monitorización
95	7. BIBLIOGRAFÍA

1. 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.

La calidad de la atención sociosanitaria se basa 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.

El modelo de atención sociosanitaria que plantea este *Plan Sociosanitario del Principado de Asturias 2018-2021*, define un ámbito compartido entre los sectores social y sanitario. No se trata de un nuevo ámbito de actuación administrativa, sino que se basa en la coordinación de las estructuras administrativas y de los servicios asistenciales entre los sectores sanitario y social. En algunos casos, esta coordinación también requiere de la incorporación a los procesos concretos de otros departamentos o sectores, como puede ser el educativo cuando se trata de la atención a la infancia, o el de la justicia cuando se interviene en temas de violencia.

Este plan constituye el conjunto de programas, actuaciones y procedimientos técnicos ordenados en el tiempo en nuestra Comunidad Autónoma y 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 en ambas redes.

Además, señala las actuaciones necesarias para una adecuada coordinación y complementariedad entre el sistema de servicios sociales y el sistema sanitario, evitando que se produzcan situaciones de desamparo temporal y garantizando la continuidad de los cuidados. Su esencia es abordar las necesidades sociosanitarias cuando las demandas de prevención, atención o intervención, correspondientes a los servicios sociales y las correspondientes a los servicios sanitarios, se presentan simultáneamente en las mismas personas y entornos, de forma duradera o intensa, y próxima o conectada.

En cuanto a las **personas objeto de actuación** del modelo de atención sociosanitaria que se formula en este documento, hay una serie de factores que definen el ámbito subjetivo del espacio sociosanitario, principalmente la cronicidad, la vejez, la dependencia y el riesgo de exclusión, con un enfoque de género. Sobre ellos se han definido una serie de colectivos diana, que sin ánimo de excluir otros, distingue a los siguientes:

- Personas mayores frágiles.
- Personas en situación de dependencia o diversidad funcional.
- Personas con trastorno mental grave/severo.
- Personas en riesgo de exclusión social.
- Personas en edad infantil con alta vulnerabilidad.

- Personas que sufren violencia o maltrato.
- Personas en final de vida.
- Personas vulnerables con problemas de salud oral.
- Personas con enfermedades neurodegenerativas, neuromusculares, poco frecuentes y de difícil clasificación con alta dependencia.

Así pues, puede decirse que el denominador común entre las diferentes poblaciones o perfiles destinatarios de la atención sociosanitaria es la necesidad simultánea e intensa de protección y promoción de la salud, y la necesidad de ajuste dinámico entre autonomía funcional e integración relacional.

Para avanzar en este campo sociosanitario se debe establecer, por las administraciones públicas intervinientes, los objetivos que ha de perseguir la coordinación sociosanitaria, las acciones concretas para la consecución de dichos objetivos a corto, medio y largo plazo, así como la evaluación de su cumplimiento. Esto implica:

- **Liderazgo político:** el Gobierno del Principado de Asturias ha colocado la asistencia sociosanitaria en las prioridades de la agenda política.
- **Avanzar sobre la base de las organizaciones existentes:** no se trata de crear nuevas estructuras administrativas, sino coordinar y potenciar las ya existentes.
- Analizar las necesidades de la población, con datos desagregados por sexo, y definir y establecer **actuaciones concretas**.
- Articular **procesos y dispositivos innovadores** que respondan al modelo de atención sociosanitaria.

- **Formar a los y las profesionales de ambos sistemas** en elementos y culturas comunes de trabajo e intervención.
- **Crear redes** para implantar y extender buenas prácticas existentes.

2. MARCO NORMATIVO Y PLANIFICADOR

2.1. LEGISLACIÓN NACIONAL Y AUTONÓMICA DE REFERENCIA

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Ley 7/1991, de 5 de abril de asistencia y protección al anciano. Principado de Asturias.
- Ley 1/1992, de 2 de julio, del Servicio de Salud del Principado de Asturias, modificada por: Ley 18/1999, de 31 de diciembre, Ley 14/2001, de 28 de diciembre y Ley 5/2005, de 16 de diciembre.
- Ley 1/1995, de 27 de enero, de Protección del Menor. Principado de Asturias.
- Ley 1/2003, de 24 de febrero, de Servicios Sociales. Principado de Asturias.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

- Ley 4/2005 del Salario Social Básico. Principado de Asturias.
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
- Ley 2/2011, de 11 de marzo, para la igualdad de mujeres y hombres y la erradicación de la violencia de género. Principado de Asturias.
- Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y adolescencia.
- Ley 4/2015, de 6 de marzo, de atención integral en materia de drogas y bebidas alcohólicas. Principado de Asturias.
- Ley 26/2015, de 28 de julio, de Modificación del Sistema de Protección a la Infancia y a la adolescencia.

2.2. PLANES Y PROGRAMAS DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS RELACIONADOS

- Plan Integral de Infancia del Principado de Asturias 2013-2016.
- Plan de Actuación Integral para las Personas con Discapacidad de Asturias 2015-2017.
- Plan Autonómico de Inclusión Social 2015-2017.
- Plan de Salud Mental del Principado de Asturias 2015-2020.
- Plan sobre Drogas para Asturias.

- Personas sanas, poblaciones sanas: ordenación y elaboración de las Estrategias de Salud y Atención a la Población con Enfermedad Crónica en Asturias.
- Estrategia de Cuidados Paliativos para Asturias.
- Programa de Salud Bucodental para Asturias.
- Plan Demográfico del Principado de Asturias 2017-2027.

3. MARCO SOCIODEMOGRÁFICO

Las necesidades sociosanitarias de las personas están aumentando debido a la interrelación de procesos sociodemográficos (envejecimiento poblacional y aumento de las enfermedades crónicas), con cambios sociales y culturales (modificación de las estructuras y organización de las familias, cambios en la organización social del cuidado, crisis económica y modificación de las relaciones laborales, etc.) y a importantes avances sociales y normativos (el reconocimiento de derechos a las personas con discapacidad y/o en situación de dependencia).

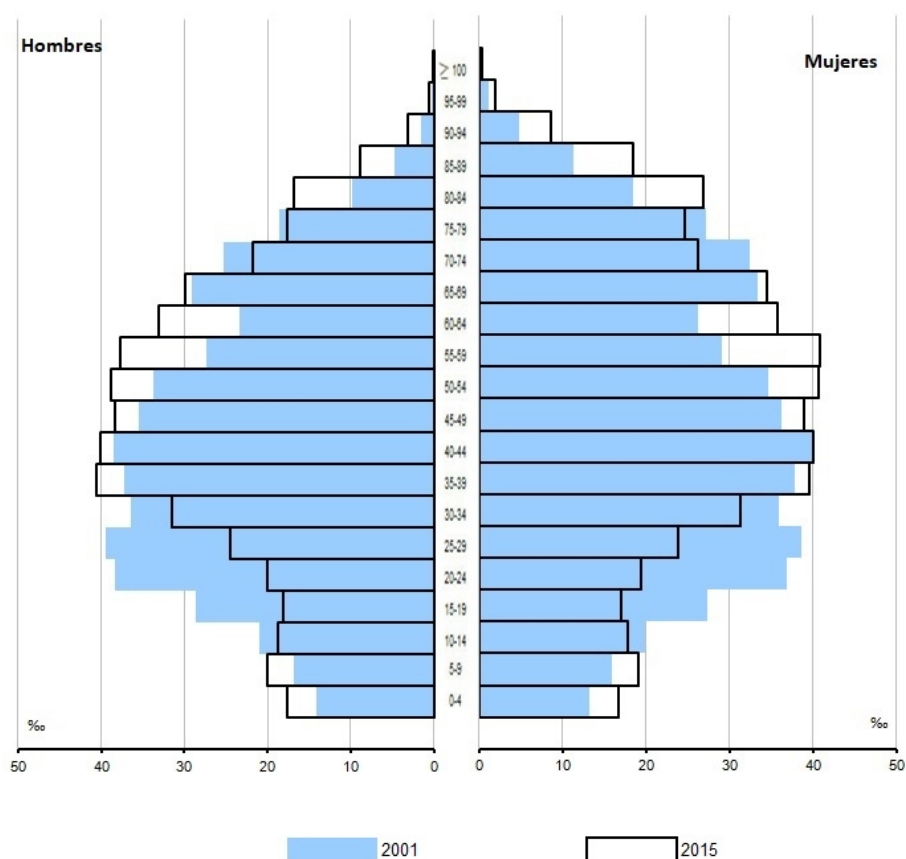
Es fundamental que, desde la formulación de políticas para coordinar la atención sociosanitaria, se tengan presentes estos cambios y procesos sociales en marcha para identificar, también, las oportunidades que representan.

En relación con la **situación demográfica**, ésta se caracteriza por el envejecimiento de la población, con un 24,4% de la población de Asturias que supera los 65 años y un 8,7% que tiene más de 80. Las perspectivas para los

próximos años señalan una disminución de la población y un envejecimiento progresivo de la misma.

La población en Asturias, según datos de enero de 2017, es de 1.042.608 personas, de las cuales 544.757 son mujeres. Se aprecia un descenso de más de 8.500 personas sobre las estadísticas de población global respecto a 2015. Los datos indican que las personas mayores de 65 años duplican a aquellas menores de 17 años en el caso de las mujeres (149.459 mayores de 65 años frente a 62.929 niñas y adolescentes), y es significativamente superior en el caso de los varones (105.116 mayores de 65 años frente a 66.640 niños y adolescentes).

Pirámide de población de Asturias (2001-2015)



Fuente: SADEI, datos básicos de Asturias 2016

Desde 1981 la **esperanza de vida** al nacer ha mejorado en Asturias, situándose en 82,37 años en el 2016, y siendo esta mayor en el caso de las mujeres (85,43 años frente a 79,18 en hombres).

En cambio la esperanza de vida en buena salud en Asturias (www.inclasns.msssi.es) está por debajo de la media nacional y es mayor en hombres que en mujeres, al igual que ocurre a nivel nacional.

Esperanza de vida en buena salud en Asturias. Año 2015

	Mujeres	Hombres	Total
España	66,06	67,47	66,74
Asturias	63,29	64,12	63,61

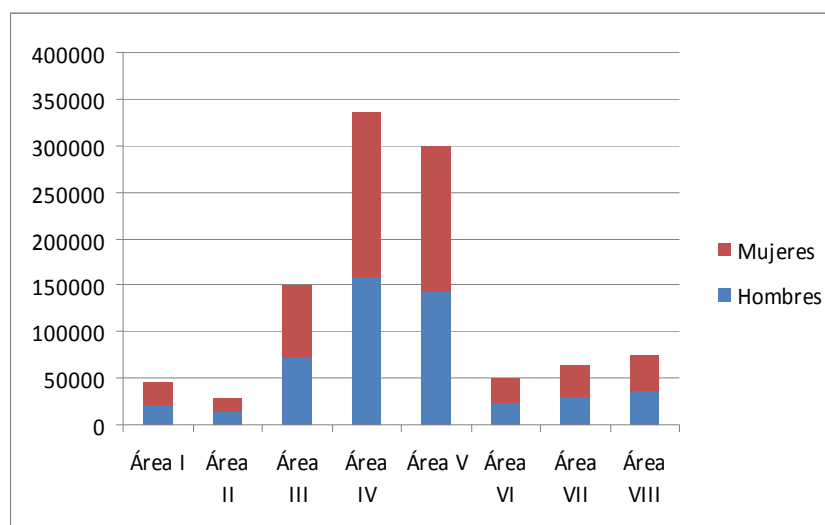
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad. Sistema Nacional de Salud

La esperanza de vida en buena salud a los 65 años en Asturias es de 11,06 años (11,39 en mujeres y 10,72 en varones). Por tanto, podemos concluir que al igual que ocurre a nivel nacional, las mujeres viven más años que los hombres pero los hombres viven más años en buena salud.

La ordenación de los servicios sociales y sanitarios en áreas territoriales, y la atención a las personas en su entorno más próximo, hace necesario conocer el **asentamiento de la población**. Esta información permite tratar de forma individualizada cada uno de los casos, permitiéndonos ofrecer una respuesta lo más cercana y ajustada posible desde los equipos de coordinación sociosanitaria territoriales.

Los datos generales indican también que el 60 % de la población habita en municipios de más de 50.000 habitantes. Visto por áreas, esta situación muestra que la mayoría de la población se encuentra en el área IV, área V y área III, es decir, en la zona central de Asturias donde se encuentran los principales núcleos de población Oviedo, Gijón y Avilés.

Población por área sociosanitarias en Asturias



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de SADEI, INE

Pero la población asturiana no solo es mayor, además **vive sola**. La encuesta continua de hogares del Instituto Nacional de Estadística (INE) del año 2016 indica que el número total de hogares en Asturias era de 456.200. En ellos, 64.300 son personas mayores de 65 años que viven solas, la mayoría mujeres (45.500 frente a 18.800 hombres). Este dato muestra el cambio de las estructuras familiares y se considera directamente relacionado con la demanda de servicios sociosanitarios.

La estructura demográfica asturiana nos muestra una población con un alto potencial de **cronicidad**. A partir de los 50 años aumenta la prevalencia de numerosos factores de riesgo y trastornos crónicos, y, en consecuencia, la multimorbilidad. La carga de enfermedad en la población mayor está protagonizada por las enfermedades crónicas, que condicionan, junto al proceso mismo del envejecimiento, el desarrollo de deterioro funcional progresivo, fragilidad y dependencia. A edades avanzadas, el patrón de morbilidad se modifica de manera que van cobrando relevancia las enfermedades o problemas de salud que son las principales causas de dependencia como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares (insuficiencia cardíaca y cardiopatía isquémica), la diabetes mellitus, la enfermedad pulmonar

obstructiva crónica (EPOC), las enfermedades neurológicas, la artrosis y las deficiencias sensoriales de vista y oído.

La prevalencia de enfermedades crónicas en Asturias ha aumentado significativamente en las últimas décadas, y es probable que siga aumentando en las próximas, debido al importante envejecimiento de la población, a la mejora de los cuidados y al incremento o mantenimiento de factores de riesgo asociados como la obesidad, el sedentarismo, el consumo de alcohol y tabaco, y las dietas alimenticias poco equilibradas.

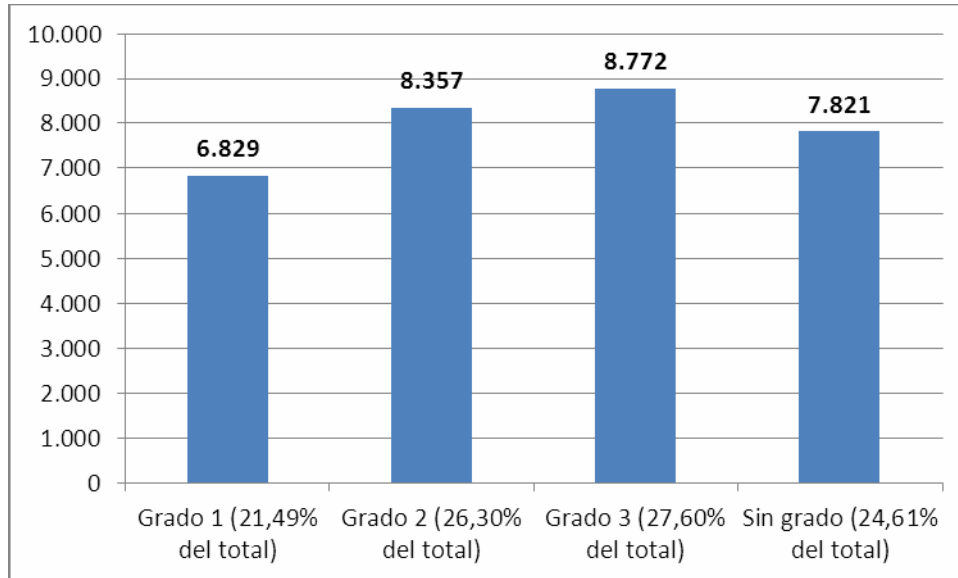
En nuestra Comunidad Autónoma, según la Encuesta de Salud para Asturias 2012, un 32% de la población indica que tiene alguna enfermedad o problema de salud crónicos o de larga duración, siendo la proporción mayor en las mujeres (35% vs. 29% en hombres). A partir de los 30 años de edad las diferencias de presencia de enfermedad o problema crónico son cada vez mayores entre hombres y mujeres. En el grupo de personas de edades medias de la vida un 31,7% de los hombres refieren padecer una enfermedad crónica frente a un 36,5% de mujeres y en el grupo de mayor edad la diferencia es de casi diez puntos, 44,9% en hombres por 53,4% en mujeres.

La prevalencia aumenta con la edad y en la mayor parte de las patologías es mayor en las mujeres, predominando los trastornos musculoesqueléticos, los cardiocirculatorios, la depresión y la ansiedad.

La cronicidad tiene relación con el grado de dependencia de la población. El sistema de atención a la dependencia en Asturias nos indica que el número de solicitudes de dependencia registradas, a 31 de octubre de 2017, era de 36.463, lo que supone un ratio respecto a la población asturiana del 3,49 %, estando la media de la población española en el 3,53%.

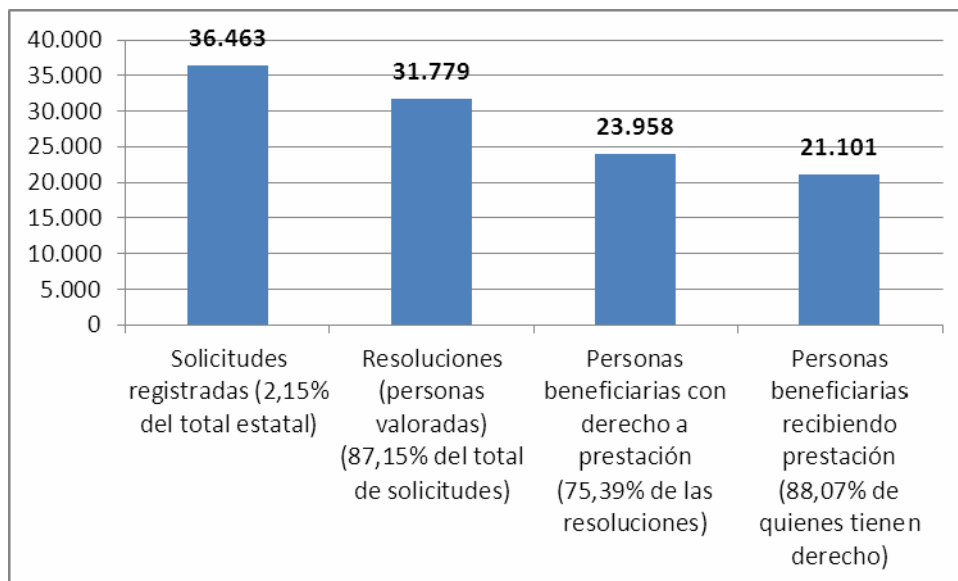
De esas 36.463 solicitudes, se han valorado 31.779, lo que supone el 87,15% y, cabe destacar, que la mayoría de las personas han sido valoradas como dependientes en grado III.

SAAD: Grados de dependencia en Asturias. Octubre 2017



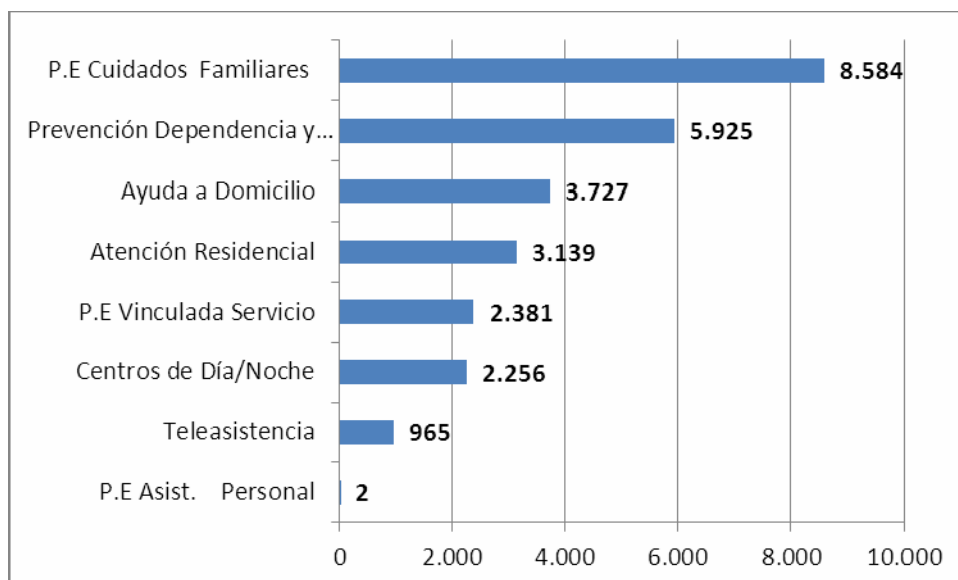
Fuente: Observatorio Asturiano de Servicios Sociales

Estadísticas generales del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) en Asturias. Octubre de 2017



Fuente: Observatorio Asturiano de Servicios Sociales

Distribución de prestaciones en Asturias (ratio: 1.28 prestación/persona).
Octubre de 2017



Fuente: Observatorio Asturiano de Servicios Sociales

Como ya se ha señalado al inicio de este apartado, la crisis económica y los efectos de esta tienen un serio impacto en las condiciones de salud de la población. A lo largo de la última década se ha producido una de las crisis económicas y sociales más profunda y larga de la historia española, que también ha afectado al conjunto de economías occidentales. Esta crisis ha supuesto una significativa transformación de los mercados de trabajo con la consiguiente modificación de los requisitos y condiciones de las personas que trabajan en ellos, lo que se ha traducido en un incremento de quienes están en situación de riesgo o exclusión social, tal y como refleja la evolución de las cifras de las personas titulares del Salario Social Básico (SSB) en Asturias desde su puesta en marcha en 2005.

Como se observa en el siguiente gráfico, el número de titulares de la prestación se ha multiplicado por cinco entre los años 2006 y 2016, pasando de los 4.317 titulares a los 20.585.

Evolución del número de titulares y personas beneficiarias en el SSB 2006-2016

	Total titulares (UECI)	Total personas beneficiarias
2006	4.317	12.343
2007	5.258	13.938
2008	5.660	14.051
2009	6.883	17.379
2010	7.153	17.729
2011	7.783	19.289
2012	8.365	20.785
2013	11.038	27.148
2014	14.017	34.687
2015	18.603	44.781
2016	20.585	45.492

Fuente: Evaluación socioeconómica del salario social básico en Asturias. Evolución, perfiles, procesos de salida y retorno económico. Consejería de Servicios y Derechos Sociales 2017

En lo referido a la composición familiar de los hogares perceptores de esta prestación, los hogares unipersonales significan el 40 % del total de titulares, seguidos por los núcleos monomarentales y por las parejas con menores. Sin embargo, la distribución de la población total beneficiaria es muy diferente, pues el modelo de convivencia mayoritario es el de las parejas con menores a cargo que recogen más de la tercera parte de la población y que, además, tienen el mayor tamaño medio de la unidad económica de convivencia independiente (UECI), superior incluso al de las familias extensas. El peso de las familias monomarentales es de casi el 30 % en términos de población total perceptora del SSB. Destacar que 10.077 menores de 18 años son perceptores del Salario Social Básico.

Distribución de la población titular y beneficiaria del SSB y población beneficiaria menor de edad, según modelo de convivencia. Febrero de 2016

	Titulares %	Población beneficiaria %	Población beneficiaria menor de 18 años	Tamaño medio de la UECI
Unipersonal	40,6	18,9	0	1,0
Núcleo familiar				
Monoparental	25,8	29,7	4.508	2,5
Pareja sin hijos	6,5	6,1	2	2,0
Pareja con hijos	19,6	34,9	4.903	3,8
Familia extensa	7,4	10,3	664	3,0
Total	100,0	100,0	10.077	2,1

Fuente: Evaluación socioeconómica del salario social básico en Asturias. Evolución, perfiles, procesos de salida y retorno económico. Consejería de Servicios y Derechos Sociales 2017

4. MISIÓN, VISIÓN Y VALORES

4.1. MISIÓN

La misión del Plan Sociosanitario para Asturias es ayudar a la población del Principado a mejorar su situación social y sanitaria promoviendo el desarrollo de la atención sociosanitaria basada en líneas de actuación, con acciones específicas dentro de ellas.

Esta misión se logrará mediante la coordinación de los sistemas social y sanitario, para dar la mejor atención posible a las personas con necesidades sociales y sanitarias simultáneas. Se fundamenta en un modelo de atención que sitúa en el centro a las personas, en el lugar donde viven o en su entorno más próximo, y basado en procesos de atención coordinados y continuados en el tiempo.

4.2. VISIÓN

La visión que persigue el Plan Sociosanitario para Asturias es una atención centrada en la persona, de carácter excelente, sostenible en el tiempo y adecuada para la ciudadanía y el conjunto de profesionales.

Una atención sociosanitaria que:

- Contribuya a conseguir mejoras notables de la situación social y de salud de las personas, de un modo satisfactorio y sostenible, y que se constituya en un modelo de referencia.
- Se distinga por prestar una atención social y sanitaria eficiente, accesible, segura, efectiva y centrada en las personas.
- Haya sido capaz de desarrollar los procesos y sistemas de gestión adecuados para alcanzar sus fines.
- Cuente con profesionales competentes, que manifiesten satisfacción e implicación como consecuencia del buen clima de trabajo y las amplias oportunidades de desarrollo que les ofrece.
- Disponga de suficientes recursos que utiliza responsablemente.

4.3. VALORES

- Concepto integral de la atención sociosanitaria.
- Respeto pleno a la personalidad, dignidad humana e intimidad de las personas y a la diversidad étnica, de género, cultura y religiosa.

- Responsabilidad de los poderes públicos para organizar y tutelar la atención.
- Cooperación intersectorial como elemento de cohesión de las actuaciones.
- Superación de las desigualdades y de los desequilibrios territoriales en la prestación de servicios.
- Transparencia y ética en todas las actuaciones.
- Excelencia de la atención abordada mediante la innovación, la mejora continua de la calidad, la evaluación, la continuidad de la atención, la acreditación y la seguridad de las prestaciones y servicios.
- Promoción del empoderamiento individual y comunitario.
- Participación comunitaria en la formulación y aplicación de las actuaciones.
- Impulso a la docencia, formación continua y a la investigación e innovación en cooperación con otras organizaciones.

5. LÍNEAS ESTRATÉGICAS

5.1. LÍNEA 1: ACTUACIONES EN COLECTIVOS DIANA

La definición y contextualización de los colectivos sujetos de atención sociosanitaria hace necesario centrarse en aquellas personas usuarias y enfermas en que se combinan simultáneamente criterios clínicos, de pérdida de autonomía y de necesidad de mantenimiento de sus apoyos relacionales. Las actuaciones que contempla este plan, sin perjuicio de otras necesidades que pudieran precisar marcos de clasificación más amplios, se centran en las iniciativas que se desarrollan a continuación.

5.1.1. ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES FRÁGILES

La fragilidad puede entenderse como una acumulación de déficits o como un fenotipo de la persona. No obstante, cada vez existe un mayor consenso en cuanto a que la fragilidad es un estado o condición que antecede a la diversidad funcional y que está intrínsecamente unida al fenómeno biológico del envejecimiento, siendo predictor de eventos adversos en la persona mayor.

Permite, por tanto, identificar a un subgrupo de personas que conservan su independencia de manera inestable y que se encuentran en situación de riesgo de pérdida funcional.

Por tanto, se puede decir que la fragilidad es un estado de equilibrio inestable, en el cual las personas mayores se encuentran en riesgo de deterioro funcional, siendo más vulnerables a la instauración de dependencia más o menos intensa y definitiva, ante cualquier proceso agudo o intercurrente.

La mejora de la atención sociosanitaria a estas personas mayores frágiles, que se presta en los diferentes recursos sanitarios y sociales, precisa una reorganización. Lo nuclear de la asistencia pivota sobre la red de atención primaria y el territorio concreto en que se produce la necesidad de intervención. En el caso de Asturias la existencia de un mapa de servicios superponible a nivel social y sanitario facilita la adecuada relación de servicio entre diversos dispositivos. No obstante, hay que considerar que en el terreno de los servicios sociales de atención primaria el marco de referencia de estos es municipal, aun cuando existan otras redes de titularidad autonómica o de servicios sociales de titularidad sanitaria.

La reorganización a que se hace referencia supone avanzar hacia un modelo de organización en red para satisfacer las necesidades de coordinación sociosanitaria.

Objetivo: 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.

➤ **Acción 1: Promoción del envejecimiento activo**

Con esta acción se persigue favorecer que las personas mayores desarrollen sus proyectos vitales y cubrir las exigencias que les condiciona el medio donde viven. También se potencia la promoción de la autonomía personal, favorecer la participación y prevenir situaciones de dependencia.

Las y los profesionales de sanidad y servicios sociales trabajarán para promover el envejecimiento activo a través de las siguientes medidas:

- Implantación de la Estrategia Asturiana De Envejecimiento Activo (ESTRENA) que recogerá acciones que hacen compatible la longevidad con la calidad de vida, favoreciendo la autonomía personal desde la participación y el empoderamiento, previniendo la dependencia, sin perder de vista la creación de entornos accesibles para el colectivo de personas mayores.

Además, esta estrategia integra de forma ordenada los principales objetivos y diseño de actuaciones que, de forma preferente, se extraigan de la participación de las propias personas mayores en su diseño, es decir, de lo que los mayores de la Comunidad Autónoma proponen para envejecer en su entorno de la forma más activa y saludable posible.

El documento pretende, igualmente, dar cabida a los socios del *Reference Site*, y al desarrollo económico que la prestación de servicios a las personas mayores pueda generar en la Comunidad Autónoma.

Otro objetivo de ESTRENA es alinearnos con las políticas a nivel mundial, europeo y nacional, y extender la experiencia de territorios amigables con las personas mayores a toda la Comunidad Autónoma. Así, doce ayuntamientos del occidente de Asturias forman parte de la primera experiencia de concejos agrupados de la zona rural de toda España comprometida con esta acreditación, son los Concejos Amigables con las Personas Mayores por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

- Participación en Redes Europeas en materia de Envejecimiento Activo. Como parte de la estrategia *Horizonte 2020*, la Unión Europea (UE) tiene como uno de sus objetivos la promoción del envejecimiento activo. En este entorno, el *Partenariado Europeo de Innovación en Envejecimiento Activo y Saludable (EIP-AHA)*, tiene como una de sus acciones priorizadas la prevención y diagnóstico precoz del deterioro funcional y cognitivo, con intervenciones dirigidas a la fragilidad, y junto al pilar de

entornos amigables con la edad (“*age-friendly*”) y del que Asturias es *Reference Site* desde el 27 de julio de 2016.

La cooperación de Asturias tiene como objetivo desarrollar una estrategia regional enfocada a la aplicación de la innovación tecnológica, investigación y desarrollo en el ámbito de la salud, la calidad de vida y bienestar, y la independencia de los mayores, y está formada por el Gobierno regional (consejerías de Presidencia y de Servicios y Derechos Sociales), el Cluster de Biomedicina y Salud de la Universidad de Oviedo, los ayuntamientos de Oviedo, Gijón y Avilés, Cruz Roja de Asturias, el Centro Tecnológico de la Información y la Comunicación (CTIC), la Fundación PRODINTEC, la Fundación para el fomento en Asturias de la Investigación Científica Aplicada y la Tecnología (FICYT), la Fundación Instituto Oftalmológico Fernández-Vega (FIO) y el Centro Europeo de Empresas e Innovación (CEEI).

También dentro del marco común europeo para afrontar el problema de la fragilidad, Asturias participa, a través del área de gestión clínica de geriatría del Hospital Monte Naranco, como colaboradora en el programa ADVANTAGE, formando parte de la Acción Conjunta Europea sobre Prevención de Fragilidad (“*Joint Action on Frailty Prevention*”) enmarcada dentro del *Tercer Programa Europeo de Acción en Salud 2014-2020* y coordinada por el Hospital Universitario de Getafe.

➤ **Acción 2: Potenciar la atención a personas mayores con enfermedades crónicas**

En nuestra Comunidad Autónoma está implantada la estrategia *Personas sanas, poblaciones sanas: ordenación y elaboración de las Estrategias de Salud en Asturias*, que aborda aspectos propios del sistema sanitario para la atención a personas con enfermedades crónicas, pero también aborda la

importancia de actuar sobre elementos no sanitarios para establecer entornos saludables, condiciones de vida óptimas para la población, actuación sobre los determinantes sociales y las desigualdades de salud. Todos estos elementos garantizarán una disminución en la incidencia de nuevas enfermedades crónicas y una mejora de la calidad de vida en las ya existentes.

El objetivo de esta acción es mejorar la continuidad de la atención que reciben las personas con enfermedades crónicas y quienes se encargan de su cuidado, con el fin de reducir la carga global de la enfermedad.

Desde esta acción se contemplan como medidas:

- Desarrollar sistemas de gobernanza local en salud mediante acciones intersectoriales y la colaboración de las tres administraciones. Entre ellos estarán: los consejos de salud, las mesas intersectoriales de promoción de la salud y los equipos de coordinación sociosanitaria.
- La implantación en toda Asturias del *Plan de Atención al Paciente con Multimorbilidad*, con la participación del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) y los recursos sociales de atención primaria y hospitalaria.
- Configurar la red de escuelas municipales de salud y del Programa Paciente Activo (PACAS) como recurso facilitador del empoderamiento de la ciudadanía sobre su salud.

➤ **Acción 3: Establecer unidades sociosanitarias de convalecencia**

En esta acción se plantea el establecimiento de unidades sociosanitarias de convalecencia en centros de Establecimientos Residenciales para Ancianos de Asturias (ERA), con capacidad de atender personas que precisen un periodo de convalecencia con alta carga de cuidados de enfermería.

Estas unidades son un nuevo recurso que nace en el marco del desarrollo del plan para la coordinación sociosanitaria, entre la Consejería de Servicios y Derechos Sociales y la Consejería de Sanidad. Su misión será llevar 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. 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 se relaciona más con los cuidados que con la alta tecnología, precisando atención de cuidados de enfermería de forma continuada.

Durante el año 2017 se elabora un proyecto piloto en el área sociosanitaria V, dentro del Centro Polivalente de Recursos para personas mayores “*La Mixta*” de Gijón, en coordinación con el Hospital Universitario del Cabueñes, que está previsto pueda iniciar su andadura en 2018.

➤ **Acción 4: Avanzar hacia un modelo de organización en red en los hospitales o dispositivos subagudos geriátricos o de convalecencia**

Esta acción hace referencia a la necesidad de actualizar la definición clara de los niveles intermedios de atención existentes para una intensidad tecnológica y de cuidados menor que la necesaria en un hospital de agudos tradicional.

En la red hospitalaria de utilización pública de Asturias existen cuatro hospitales de apoyo que ofrecen servicios relacionados con las agudizaciones de enfermedades crónicas, la convalecencia y la rehabilitación de personas enfermas crónicas de forma más adecuada para las y los pacientes, y eficiente para el sistema sanitario, pero deben estar estrechamente conectados con la comunidad y la atención primaria de salud y participar en los programas de atención a pacientes crónicos que se llevan a cabo en cada territorio como un recurso integrado más.

La medida a desarrollar es:

- Revisar los convenios en lo que se refiere a la atención a pacientes crónicos con necesidades singulares de larga estancia.

5.1.2. ATENCIÓN A PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA O DIVERSIDAD FUNCIONAL

La dependencia es un concepto que se utiliza para describir situaciones muy variadas, sin embargo aquí nos referimos a las personas dependientes como aquellas que cumplen administrativamente con el reconocimiento de tal condición por la *Ley de Promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de dependencia*. La atención sociosanitaria a estas personas presenta demandas derivadas de su especial condición que afecta a la accesibilidad, su carácter institucionalizado, la progresividad de sus afectaciones de salud y el mantenimiento del adecuado apoyo relacional, entre otras.

Los procesos de adaptación de los dependientes son muy variables y su grado de estabilidad clínica evoluciona conjuntamente con la accesibilidad a los apoyos para la autonomía o la relación.

Objetivo: 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.

➤ **Acción 1: Impulsar programas de prevención para evitar situaciones de dependencia o reducir las limitaciones que generan los distintos tipos de dependencia**

La prevención tiene como objeto evitar las situaciones de dependencia o reducir su impacto en la calidad de vida de la persona una vez está instaurada dicha situación. En este apartado del plan, los programas se plantean en el ámbito de la prevención secundaria y terciaria, articulándose bajo los principios de calidad de vida y buscando reducir las limitaciones que la dependencia genera en las personas. Con ellos se procura coordinar los recursos sociosanitarios necesarios para contribuir a mejorar su bienestar.

Estos programas deberán ir en varias medidas de actuación:

- Establecer procedimientos para el diseño y seguimiento conjunto, sanitario y social, de planes individualizados de atención a personas usuarias de los servicios de apoyo en el domicilio (SAD).
- Establecer procedimientos para el diseño y seguimiento conjunto, sanitario y social, de planes individualizados de atención para personas que viven en su domicilio y acuden a recursos de atención diurna o reciben la prestación económica de cuidados familiares.

- Aumentar los recursos de alojamiento temporal para personas con dependencia reconocida, adecuándolos a distintos tramos de edad para dar respuesta a las necesidades detectadas.
- Estudiar las necesidades de alojamiento definitivo que se derivan de una situación de dependencia y establecer el tipo de recursos que sería necesario implementar para responder a esta demanda.
- Potenciar el *Programa Paciente Activo Asturias* (PACAS) para mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas, así como para implicarlas más en su autocuidado y dotarlas de mejores herramientas para afrontar sus patologías. El PACAS aborda la formación en autocuidados de las personas cuidadoras desde una metodología activa y participativa con solidez científica, promoviendo la adquisición de habilidades desde una perspectiva integral biopsicosocial.

➤ **Acción 2: Atención sociosanitaria a personas con diversidad funcional**

La atención a las personas con diversidad funcional nos obliga a desarrollar políticas transversales de manera coordinada desde las distintas áreas que afectan a su vida cotidiana, hablamos así del acceso a la vivienda, trabajo, transporte, educación, salud, ocio y tiempo libre o servicios sociales, para impulsar medidas de acción positiva para la equiparación de oportunidades de las personas con diversidad funcional.

Contamos en nuestra Comunidad Autónoma con el *Plan Integral para Personas con Discapacidad de Asturias 2015-2017*, en el que se contempla una batería de actuaciones, al objeto de fomentar la coordinación interinstitucional para adoptar medidas transversales desde las distintas áreas que afectan a la vida cotidiana de la persona con diversidad funcional. Así, uno de los objetivos que se contemplan en este plan, específicamente para el área sociosanitaria, es el

de “mejorar la asistencia socio-sanitaria genérica y específica de las personas con discapacidad atendiendo a sus necesidades e incorporando la perspectiva de género”.

Disponemos de una red de servicios y prestaciones específicas para las personas con diversidad funcional, cuyo objetivo principal es proporcionar los apoyos necesarios para su plena participación e inserción en la comunidad.

La concreta problemática de este colectivo involucra a los servicios sociales y sanitarios, y requiere una actuación coordinada que ponga en valor la atención a la salud de estas personas y de quienes se encargan de su cuidado, para lo que se proponen las siguientes medidas:

- Establecer protocolos de comunicación y derivación entre los centros de día y centros residenciales de personas en situación de dependencia y los servicios sanitarios para la detección e intervención precoz en trastornos neurodegenerativos.
- Mejorar la accesibilidad y la calidad de la atención a la salud que recibe este colectivo de personas con diversidad funcional, con especial interés en las áreas clínicas de salud oral, ginecología, salud mental y atención a las urgencias.
- Optimizar la calidad de la atención de Salud Mental que reciben las personas con diversidad funcional, usuarias de centro de atención diurna o alojamientos residenciales, a través de protocolos de actuación conjunta y atención coordinada.
- Promover buenas prácticas en la atención social y sanitaria dirigida a personas con diversidad funcional.
- Mejorar la accesibilidad de las personas con diversidad funcional, especialmente a aquellas que viven en áreas rurales.

➤ **Acción 3: Atención a las personas cuidadoras de personas dependientes**

Existe importante evidencia empírica que muestra que las personas cuidadoras no profesionales de personas dependientes pueden desarrollar alteraciones en su salud física y en su estado psicológico cuando la situación de cuidar se prolonga en el tiempo. Esto se puede modificar con intervenciones dirigidas a proporcionar a las personas cuidadoras estrategias de apoyo efectivas para la prevención de los desajustes y consecuencias negativas previamente descritas.

En este sentido se propone:

- Impulsar y coordinar los talleres descritos en la *Guía de Atención a las personas cuidadoras*, elaborado por el SESPA, desde los servicios sociales y sanitarios con especial atención a las personas perceptoras de la prestación por cuidado familiar del sistema de la dependencia.
- Poner en marcha en los dispositivos de primer nivel (salud y servicios sociales) un sistema coordinado de información y orientación a familias cuidadoras.
- Diseñar nuevas fórmulas para formar y apoyar a las personas cuidadoras en las tareas de cuidado.

➤ **Acción 4: Mejorar la coordinación entre atención primaria y las residencias de personas mayores del ERA**

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.

Esta situación desborda con frecuencia el marco de actividad de los y las profesionales de atención primaria (AP) y tiene como consecuencia que se actúe a demanda y no de forma programada.

La asistencia sanitaria en residencias deberá establecerse con procedimientos de coordinación en continuidad de cuidados, para que reciban la atención que precisen en cada momento con la precocidad e intensidad necesaria.

Como medidas se plantean:

- Contemplar la organización de consultas planificadas en cada residencia, previo acuerdo entre el personal de salud y de servicios sociales.
- Establecimiento de cauces de comunicación entre enfermería de atención primaria y el centro residencial en lo que se refiere a protocolos conjuntos de cuidados y necesidades de material.

➤ **Acción 5: Facilitar el acceso y promover la información sobre los productos de apoyo**

Hacer efectivos los derechos de las personas con diversidad funcional y personas mayores tiene relación con la accesibilidad integral, los productos y tecnologías de apoyo, así como con el diseño pensado para todas las personas.

La mejora en el acceso a estos recursos supone un elemento fundamental para la promoción de la autonomía personal. Por ello, se contempla:

- Ofertar, a través del Centro Asesor de Autonomía Personal y Productos de Apoyo, información y exhibición de los productos disponibles diseñados para personas con diversidad funcional y/o dependencia a entidades o particulares, con el fin de mejorar la calidad de vida y accesibilidad en el entorno más inmediato.

5.1.3. ATENCIÓN A PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE/SEVERO

Según recoge el *Plan de Salud Mental 2015-2020*, para llevar a cabo una atención de carácter integral de las personas con problemas de salud mental, especialmente de aquellas que presentan trastornos mentales graves/severos, es necesario establecer mecanismos de colaboración entre las diferentes entidades que tienen competencia en el desarrollo de acciones de carácter sectorial.

El tratamiento de los trastornos mentales graves de curso crónico supone, además del uso adecuado del tratamiento farmacológico y psicoterapéutico, la oferta de apoyo y soporte continuado, información veraz y adecuada y cuando se estime oportuno intervenciones y estrategias rehabilitadoras, potenciando al

máximo la autonomía e independencia del o de la paciente con trastorno mental grave/severo (TMG/S) y favoreciendo la permanencia y la participación en la vida social, promoviendo la cooperación y la corresponsabilidad de todos los departamentos y agencias involucrados en la mejora de la salud mental.

El desarrollo de programas de apoyo para personas con trastornos mentales graves en su entorno social habitual, y especialmente el de apoyo residencial es una necesidad de carácter prioritario para este colectivo. Es esencial por ello, la participación en el marco de trabajo sociosanitario, dar respuesta a las necesidades en materia de alojamiento de colectivos con dificultades especiales en este ámbito.

Con independencia del lugar en el que viva una persona que presente un trastorno mental grave, se debe asegurar la continuidad del tratamiento necesario.

Objetivo: Disponer del lugar residencial más adecuado para la atención a pacientes con TMG/Severo.

➤ **Acción 1: Creación y evaluación de nuevas plazas psicogerítricas**

El organismo autónomo ERA dispone de plazas psicogerítricas ubicadas en residencias concertadas cuyo acceso está restringido a personas mayores de 50 años con un diagnóstico de trastorno mental.

En la actualidad el número de plazas psicogerítricas disponibles se percibe como insuficiente al existir una lista de espera para el acceso a las mismas.

Por tanto, incrementar el número de plazas se plantea en paralelo a una mejora en la dotación para la atención desde los servicios de salud mental, para el seguimiento y supervisión de las personas usuarias de estos dispositivos.

En esta acción se propone como medidas:

- Crear nuevas plazas psicogerítricas.
- Realizar seguimientos y evaluaciones clínicas periódicas por los servicios públicos de salud mental de las personas usuarias de las plazas psicogerítricas, que incluirá la valoración para la adecuación del recurso de alojamiento a las necesidades de la personas para valorar el cambio a plazas normalizadas. .

➤ **Acción 2: Atención a personas residentes en centros del ERA**

Dentro de esta acción se plantean como medidas:

- Normalizar el acceso a plazas del ERA a pacientes con trastorno mental estable, con valoración y seguimiento por parte de los servicios de salud mental.
- Protocolizar la atención por parte de los servicios de salud mental de 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, profesionales de psiquiatría deben realizar consultas programadas a pacientes que viven en centros residenciales y tienen problemas de funcionalidad.

➤ **Acción 3: Alojamientos de inserción social → FASAD / Siloé**

Los pisos de inserción social se gestionan a través de la Fundación Asturiana de Atención y Protección a Personas con Discapacidades y/o Dependencias (FASAD) y la Fundación Siloé, según protocolos vigentes en los que se

establecen las actuaciones, los derechos y obligaciones que asumen ambas fundaciones con el SESPA, y en el caso de la Fundación Siloé también con la Fundación Municipal de Servicios Sociales de Gijón.

La necesidad de alojamiento, puede estar relacionada con la carencia de vivienda o con la incompatibilidad para compartirla, incluso con la familia si la dinámica de esta resulta un factor desestabilizador, o por déficit en habilidades de autonomía personal en las necesidades básicas de la vida diaria.

Los pisos de inserción social son un recurso de alojamiento: temporal, en primera fase, para la recuperación o desarrollo de habilidades y autonomía suficiente que permitan a la persona su mayor nivel de integración social.

Las medidas a desarrollar son:

- Homogeneizar la gestión de los recursos de FASAD y Siloé.
- Establecer los procedimientos necesarios para que la adquisición de los pisos de inserción social, gestionados por FASAD, provengan de Viviendas del Principado de Asturias (VIPASA).

➤ **Acción 4: Gestión de la unidad residencial de Meres por salud en coordinación con servicios sociales**

Se trata de un recurso de alojamiento para pacientes con trastorno mental grave/severo menores de 50 años. En la actualidad se alojan pacientes que superan esa edad, por lo que se recomienda su valoración para darles acomodo en el lugar que más se adecue a sus necesidades.

La medida que se contempla es:

- Articular las acciones necesarias para que las personas mayores de 50 años alojadas en Meres pasen a recursos más adecuados a sus necesidades sociosanitarias.

➤ **Acción 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**

Siguiendo las indicaciones del *Plan de Salud Mental 2015-2020*, se impulsará la coordinación entre los ámbitos social y sanitario para proporcionar la atención que requieren estas personas desde una perspectiva integral.

La medida en este apartado es:

- Establecer e implantar protocolos de coordinación sociosanitaria que contribuyan a la continuidad de cuidados en personas con trastorno mental.

5.1.4. ATENCIÓN A PERSONAS EN RIESGO DE EXCLUSIÓN SOCIAL

La exclusión social es un fenómeno complejo que incide en las personas que la sufren de distinta manera. Dentro de este colectivo hay grupos que muestran una vulnerabilidad mayor, como las personas sin hogar, las personas con adicciones o la población reclusa.

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

➤ **Acción 1: Atención sociosanitaria para personas sin hogar**

Las personas sin hogar son un grupo especialmente vulnerable cuya situación tiene un importante impacto en salud (patologías respiratorias, consumo de tóxicos, desestructuración personal y problemas de salud mental), pero sobre todo por las dificultades de acceso, adherencia y continuidad de cuidados sanitarios, lo que favorece su deterioro creciente.

Son múltiples las barreras que surgen para una adecuada atención a las personas sin hogar. Por una parte, están algunas dificultades de las propias personas, como puede ser la ausencia de conciencia de necesidad de tratamiento, y además, tienen una representación simbólica de sus condiciones de vida diferente que no se ajusta a las condiciones y límites de los llamados "recursos formales".

Las personas sin hogar suponen un colectivo sobre el que se pretende intervenir con las siguientes medidas:

- Establecer protocolos de actuación para cubrir las necesidades detectadas entre profesionales de los recursos que atienden específicamente a esta población, como servicios Sociales, Unidad de Tratamiento de Toxicomanías (UTT) o profesionales de los dispositivos de atención a personas sin hogar, y profesionales sanitarios de atención primaria, atención hospitalaria y salud mental.
- Diseñar dispositivos sociosanitarios de baja exigencia para personas sin hogar.
- Establecer protocolos de seguimiento de las personas sin hogar que tienen patologías crónicas que necesitan supervisión médica y psicológica.
- Coordinarse con las entidades que apoyan al desarrollo del programa *Housing first*, para dar cobertura sociosanitaria a las personas que participan en este programa.
- Revisar las necesidades del Centro de Encuentro y Acogida (CEA) para cumplir su objetivo como recurso de baja exigencia.

➤ **Acción 2: Atención sociosanitaria a personas con compromisos acordados en el Programa Personalizado de Incorporación Social (PPIS), que estén relacionados con los cuidados de salud, la continuidad asistencial y la adherencia a los tratamientos**

Las personas en situaciones de exclusión social presentan realidades muy diversas. Hay personas que, además del problema económico o de acceso al empleo, tienen trayectorias personales o están en situaciones vitales complejas que dificultan su incorporación social, y una calidad de vida adecuada. Uno de los aspectos que se perciben a mejorar en los objetivos acordados en los Programas Personalizados de Incorporación Social (PPIS) son los relacionados con problemas de salud, que requieren de la intervención conjunta de los servicios sanitarios y sociales.

Para contribuir a mejorar estas situaciones, se plantean las siguientes medidas:

- Coordinar los sistemas sanitario y social para el seguimiento de los casos más complejos, para garantizar la adherencia a los tratamientos, ya que, suele ocurrir que cuando más deterioradas están las personas, mayores dificultades tienen para el acceso a los dispositivos asistenciales, necesitando un acompañamiento social más intenso.
- Coordinar los recursos existentes para lograr una continuidad de los compromisos firmados en el Programa Personalizado de Incorporación Social (PPIS), que estén relacionados con los cuidados de salud.
- Mejorar la coordinación de servicios sociales con salud mental en los casos de personas con compromisos acordados en el Programa Personalizado de Incorporación Social que estén relacionados con la atención en la red de salud mental y necesiten un apoyo más intenso.

➤ **Acción 3: Desarrollar e implantar las actuaciones en la atención integral en materia de drogas y bebidas alcohólicas**

La Administración del Principado de Asturias y las entidades locales, cada una en el ámbito de sus competencias, deben trabajar para prevenir las causas que producen la exclusión social y la desigualdad de las personas afectadas por la adicción a las drogas y/o bebidas alcohólicas, así como de aquellas que limitan el desarrollo de una vida autónoma de dichas personas.

Por su parte, al sistema de servicios sociales le corresponde la cobertura de las situaciones de necesidad social, la prevención de la exclusión social y el desarrollo de acciones dirigidas a la incorporación social de las personas afectadas por adicciones a sustancias psicoactivas.

Entre las medidas a desarrollar en este apartado se encuentran:

- Impulsar la coordinación entre los recursos asistenciales y de incorporación social para conseguir la continuidad del itinerario terapéutico, y de las intervenciones sectoriales necesarias para la inserción.
- Tener en cuenta la perspectiva de género en todo el proceso de incorporación social, y en particular en situaciones de personas afectadas por la adicción a las drogas y/o bebidas alcohólicas con hijos o hijas a cargo, articulando las medidas de coordinación necesarias para atender su especial problemática.
- Identificar las instituciones, centros y servicios de asistencia sanitaria en materia de drogas y alcohol.
- Facilitar los procesos de incorporación en programas de centros de día, pisos de inserción u otros, a personas afectadas por adicción a las

drogas y/o las bebidas alcohólicas que estén sometidas a alguna medida judicial o penitenciaria.

➤ **Acción 4: Atención sociosanitaria en el Centro Penitenciario de Asturias**

Es necesario definir un programa de colaboración y atención sociosanitaria con la administración penitenciaria para atender las necesidades de rehabilitación social de las personas que cumplen condena y fomentar los programas de promoción y prevención de salud.

Las medidas que se proponen suponen:

- La creación de un órgano de coordinación sociosanitaria con presencia de los órganos de la Comunidad Autónoma y del Centro Penitenciario de Asturias en materia de salud.
- El desarrollo de un plan de actuación conjuntamente con las entidades sociales que llevan a cabo los programas dirigidos a la salud, la prevención del maltrato, la violencia de género y las adicciones en el Centro Penitenciario de Asturias.
- La revisión y definición de la cartera de servicios asistenciales y los recursos necesarios para ofertar la atención sociosanitaria desde el Servicio de Salud del Principado de Asturias.
- Definición, en particular, de las necesidades de atención de salud mental de la población reclusa, los recursos preventivos en materia de infecciones de transmisión sexual (ITS), enfermedades transmisibles, los cuidados paliativos y la atención de especialidades médicas.

- Apoyar el mantenimiento y el desarrollo del modelo preventivo y de reinserción proporcionado por la Unidad Terapéutica Educativa (UTE).

5.1.5. ATENCIÓN A PERSONAS MENORES DE EDAD CON ALTA VULNERABILIDAD

Las personas menores de edad son un colectivo de alta vulnerabilidad por la necesidad de la presencia cuidadora de personas adultas, y por ello, cuando sus circunstancias individuales y sus situaciones familiares presentan algún tipo de particularidad, su grado de vulnerabilidad aumenta siendo necesario coordinar actuaciones entre ambos sistemas para garantizar cuidados y derechos.

Hemos priorizado determinados grupos:

- ✓ Menores atendidos en las Unidades de Atención Infantil Temprana
- ✓ Menores tutelados/as
- ✓ Menores de edad con problemas de salud mental

➤ **Menores atendidos en las Unidades de Atención Infantil Temprana**

Objetivo: 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.

Acción

La atención infantil temprana contempla 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 o de la niña en proceso de crecimiento, y de las situaciones de riesgo social y biológico que puedan alterar dicho proceso.

Estas actuaciones planificadas, en el marco de la responsabilidad pública, recaen en un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar, con componentes sanitarios y sociales, dependientes de los sistemas de salud y de servicios sociales.

En este sentido, la intervención se dirige tanto a menores de 6 años como a sus familias y al entorno, partiendo de un modelo globalizador de atención que abarca tanto los aspectos intrapersonales, biológicos, psicosociales y educativos, como los interpersonales, relacionados con el entorno.

Esta acción pretende mejorar la comunicación y coordinar la intervención entre las Unidades de Atención Infantil Temprana, dependientes de la

Consejería de Servicios y Derechos Sociales, con pediatría hospitalaria y de atención primaria, dependientes de la Consejería de Sanidad.

Existe un documento propuesta relativo a la intervención en las Unidades de Atención Infantil Temprana en el Principado de Asturias, en el que se concreta, además del procedimiento de intervención, el marco de coordinación con salud y educación.

➤ **Atención a menores tutelados/as**

Objetivo: 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.

Acción

Las personas menores de edad y en acogimiento residencial son un grupo de alta vulnerabilidad, ya que, por una parte viven separadas de su entorno familiar, dado que éste se ha mostrado disfuncional e incompetente para cubrir sus necesidades, y por otra parte, porque esta crianza, negligente en unos casos, maltratadora en otros, puede generar unos comportamientos y necesidades específicas que requieren de un alto nivel de especialización en la intervención (intervención socioeducativa) y de coordinación sociosanitaria (coordinación en programas de salud y de intervención terapéutica por parte de salud mental).

La elaboración y aprobación del *III Plan Integral de Infancia* del Principado de Asturias 2013-2016, como marco de promoción de los derechos de la infancia y la adolescencia, recogió un importante compromiso de intervención sociosanitaria cuyo cumplimiento exigía una elevada

colaboración de los servicios sociales y sanitarios. Este compromiso se materializa en el actual plan, con las siguientes medidas:

- Coordinación con salud mental en casos de trastorno mental en adolescentes, que bien viven en su entorno familiar generando dificultades en su medio familiar, social y educativo, o bien quienes han de ser separados de él y pasar a residir en un centro de alojamiento de menores. Esta acción conlleva la creación de un grupo específico de debate sobre el modelo de intervención en las dos líneas descritas:
 - A nivel comunitario: coordinando intervenciones de los sistemas.
 - A nivel autonómico: realizando intervenciones terapéuticas en los centros de menores o creando recursos específicos para menores con trastorno mental en los que la atención esté claramente definida y coordinada. En el ámbito socioeducativo por personal educador de los centros y en el terapéutico por personal de salud mental.
- Implantación del Programa de Alimentación Saludable, según las recomendaciones establecidas por la Consejería de Sanidad, de acuerdo a las directrices de la Estrategia NAOS, en los centros de menores bajo la tutela administrativa del Principado de Asturias. Para ello, se coordinarán acciones que tienen que ver con la formación del personal, la implantación de menús saludables, así como su seguimiento.

➤ **Menores de edad con problemas de salud mental**

Los nuevos perfiles de la población menor de edad en los que aparecen problemas emocionales, de conducta o de salud mental, a los que hay que añadir adolescentes que presentan conductas violentas hacia sus familias, son o pueden ser atendidos por los sistemas de servicios sociales, salud y educación.

Permanezcan las personas menores de edad en sus familias o sean separadas de ellas temporalmente para pasar a residir en un centro, el modelo de intervención ha de ser, cuando menos, revisado tanto a nivel de intervención comunitaria como a nivel de intervención especializada.

Objetivo: 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.

Acción

Potenciar el trabajo del Grupo Regional de coordinación entre salud mental infantil, educación y servicios sociales. Para ello se propone:

- Acreditar formalmente el Grupo Regional mediante una resolución administrativa que le dote de competencia.
- Analizar el modelo actual: nuevas necesidades.
- Realizar un análisis de las intervenciones y de las nuevas praxis surgidas ante las nuevas demandas.

- Confeccionar propuestas de cambio: modelo de intervención.
- Elaborar, difundir e implementar protocolos de coordinación a tres bandas: salud mental-servicios sociales-educación, en el territorio asturiano.

5.1.6. ATENCIÓN A PERSONAS QUE SUFREN VIOLENCIA O MALTRATO

El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo de una personas contra sí misma, contra otra o contra un grupo o comunidad que pueda causar o cause lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones, constituye un problema social y de salud de una gran magnitud y trascendencia social. La participación de los servicios públicos en la prevención de todas las formas de violencia es clave en el bienestar y la seguridad de la población. La violencia constituye así un indicador de salud de la población.

Desde la perspectiva de la epidemiología social, la violencia se concibe como expresión biológica o extrema de las desigualdades sociales. Determinantes sociales de la salud vinculados a la discriminación, como son la pobreza, el género, la etnia, la discapacidad o la edad, están en el origen de la violencia como expresión extrema de la discriminación. En nuestra sociedad las personas y los colectivos víctimas de violencia se caracterizan por su mayor vulnerabilidad y dependencia, y menores recursos defensivos frente a quienes agreden.

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

➤ **Acción 1: Detectar, prevenir e intervenir ante situaciones de maltrato a las personas mayores y con diversidad funcional**

En el mes de junio de 2016, la Organización Mundial de la Salud (OMS) informa sobre el maltrato que sufren las personas mayores detectado a través de datos emergentes. Ante la incidencia del hecho y las consecuencias que tiene a nivel de salud pública y responsabilidad de los poderes públicos, la OMS adelantó que realizaría un informe con recomendaciones para los países miembros. En este segundo informe, publicado en el mes de septiembre de 2016, la OMS indica que una de cada 10 personas mayores ha sufrido malos tratos en el último mes, pudiendo ser las tasas de maltrato más elevadas entre quienes residen en instituciones que entre quienes están en la comunidad. El maltrato de las personas mayores puede conllevar graves lesiones físicas y consecuencias psicológicas prolongadas.

El informe prevé la duplicación de la población mayor de 60 años de aquí al año 2050, datos que mantienen similar tendencia en nuestra región, y la mayoría serán mujeres.

Esta acción contempla como medida, la puesta en marcha del “*Protocolo para la promoción del buen trato y la detección e intervención ante situaciones de maltrato a personas mayores*” que permitirá a profesionales sanitarios y de los servicios sociales prevenir, detectar y evaluar las diferentes situaciones de maltrato que pueden realizarse a las personas mayores en el ámbito institucional y domiciliario, así como poner en marcha actuaciones sociales, de salud, de protección jurídica, y medidas de apoyo a familiares y personas cuidadoras para prevenir situaciones de sobrecarga y riesgo en este colectivo.

Este protocolo se pilota, entre noviembre de 2017 y junio de 2018, en diferentes municipios, centros residenciales y hospitalarios, así como en dispositivos de atención primaria de Asturias, con el objetivo de validar las herramientas diseñadas como paso previo a su implantación en toda la región.

➤ **Acción 2: Atención al maltrato y desprotección infantil**

Las situaciones de maltrato se producen normalmente en un ambiente privado y en el contexto familiar, por ello su detección ha de hacerse por manifestaciones y signos externos. Los indicadores de maltrato infantil se refieren a características físicas y comportamentales de la niña o el niño y características comportamentales de sus progenitores o personas cuidadoras.

El maltrato conlleva la declaración de desamparo y asunción de la tutela por parte de la entidad pública de protección de menores, el Instituto Asturiano de Atención Integral a la Infancia y Adolescencia que depende de la Consejería de Servicios y Derechos Sociales. Como medida de detección de las situaciones de maltrato en el ámbito sanitario existe en el Principado la *Guía de Actuación ante el Maltrato Infantil para los Servicios Sanitarios*, que se ha actualizado en el año 2017.

Por todo ello, en materia de atención al maltrato Infantil, se plantean las siguientes medidas:

- Implantación de la *Guía de Actuación ante situaciones de maltrato infantil*, con registro en todos los sistemas de información del Principado.
- Difusión y ampliación por parte de la Consejería de Sanidad de los protocolos de prevención del maltrato a menores, su detección e intervención desde la red sanitaria, en colaboración con el Instituto Asturiano de Atención Integral a la Infancia y Adolescencia, y los servicios sociales.
- Coordinación con salud mental en aquellos casos de enfermedad mental de los progenitores o en caso de necesidad de rehabilitación psicosocial de las víctimas.

- Difundir información sobre competencias y medidas de protección a menores, así como de los recursos existentes.

➤ **Acción 3: Atención a mujeres que sufren violencia de género**

Entre las manifestaciones epidemiológicas de la violencia se identifican particularmente las mujeres que sufren violencia de género. Esta acción se dirige a facilitar la atención a las mismas en los servicios públicos.

Las medidas de esta acción son las siguientes:

- Implantar el *Protocolo Sanitario para mejorar la atención a las mujeres que sufren violencia de género* en el Servicio de Salud del Principado de Asturias, incluida la atención de la trata de personas con fines de explotación sexual u otros.
- Identificar precozmente a las mujeres víctimas de violencia de género trabajando los criterios de detección y atención con los y las profesionales de los servicios sociales y sanitarios.
- Fortalecer la capacidad de respuesta social frente a la violencia de género.
- Fortalecer la atención psicológica especializada y la rehabilitación psicosocial de las víctimas de violencia de género desde el sistema sanitario y de servicios sociales.

5.1.7. ATENCIÓN A PERSONAS AL FINAL DE LA VIDA

Las personas en el final de la vida necesitan un tipo de atención que no se centra tanto en los aspectos curativos sino que el objetivo de atención es la persona, tomando relevancia el control del dolor y de otros síntomas, así como la atención de aspectos psicológicos, sociales e incluso espirituales que puedan proporcionar el máximo bienestar libre de sufrimiento. Es importante que las personas señalen sus preferencias para las actuaciones profesionales en el final de la vida y las dejen reflejadas en documentos de acceso por profesionales de los ámbitos sanitario y social.

La próxima *Ley sobre derechos y garantías de la dignidad de las personas físicas al 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 toda persona que se encuentre en el proceso del final de su vida tiene derecho a que los agentes de los sistemas de salud y sociales intervinientes, le otorguen un trato digno respetando sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus creencias ideológicas, religiosas, socioculturales, de género y de pudor, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y a que se haga extensivo a sus familiares o personas allegadas.

Objetivos: 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.

➤ **Acción 1: Potenciar la intimidad personal y familiar con habitación individual para personas al final de la vida**

Con esta acción se persigue que las personas que se encuentren en el proceso del final de su vida tengan derecho a que se preserve su intimidad personal y familiar. A estos efectos, los centros e instituciones sanitarias y de servicios sociales en los que se presta asistencia sanitaria facilitarán, a las personas que deban ser atendidas en esta etapa vital, una habitación de uso individual durante su estancia, siempre que sea compatible con la prestación de una atención de calidad y no afecte al normal funcionamiento de los centros.

➤ **Acción 2: Facilitar el acompañamiento a personas al final de la vida**

A las personas en el proceso del final de su vida se les permitirá el acompañamiento en los centros e instituciones sanitarias y sociales. Este acompañamiento se realizará por las personas que integren su entorno familiar, afectivo y social, que podrán introducir aquellos objetos que la persona solicite, siempre que ello resulte compatible con el conjunto de medidas necesarias para ofrecer una atención de calidad, y no entorpezca ni afecte a la atención ni al normal funcionamiento de los centros.

Además, y con la misma limitación de la calidad de la atención, estas personas tendrán derecho a recibir, conforme a sus convicciones y sus creencias, la asistencia espiritual o religiosa que necesiten.

➤ **Acción 3: Respetar las preferencias de las personas al final de la vida**

La persona tiene derecho a la autonomía, a ser informada y a otorgar instrucciones previas, independientemente si se encuentra o no en un proceso de fin de vida. Profesionales de los ámbitos sanitario o social, especialmente si participan en el proceso final de la vida de la persona, deberán proporcionar, en algún momento de la relación, información acerca del derecho a formalizar el Documento de Instrucciones Previas.

Esta acción plantea como medida la potenciación de la cumplimentación del Documento de Instrucciones Previas en los ámbitos social y sanitario de Asturias, en las personas al final de la vida.

➤ **Acción 4: Aumentar la cobertura de la atención de cuidados paliativos a todas las personas con necesidades sociosanitarias**

Las personas inmersas en el proceso de final de vida tienen una evolución negativa de su capacidad funcional. Estas personas deberán tener reconocida su situación de dependencia y en función de la evolución funcional del proceso podrán requerir una revisión de la misma de manera precoz o urgente.

Es preciso lograr la incorporación más rápida y paulatina de las personas que así lo requieran en un programa de cuidados paliativos, fomentando y facilitando la atención en el domicilio y en el medio residencial.

Esta acción plantea como medida una valoración precoz del reconocimiento o revisión de la situación de dependencia a las personas que se encuentren en un proceso de final de la vida.

➤ **Acción 5: Trabajar en red y alinear a profesionales del sistema sanitario y social, tercer sector y voluntariado en el modelo de atención al final de la vida**

En esta acción se plantea como medida un plan individualizado de cuidados paliativos. Los servicios sanitarios y sociales prestarán, a la persona que se encuentre en el proceso final de su vida, una atención integral, individualizada y continuada de cuidados paliativos, tanto en el domicilio como en el centro sanitario o social, estableciendo los mecanismos necesarios para garantizar la continuidad asistencial y la coordinación de los recursos.

5.1.8. ATENCIÓN A PERSONAS VULNERABLES CON PROBLEMAS DE SALUD ORAL

Algunos colectivos, como las personas con diversidad funcional, las personas mayores o quienes están en riesgo de exclusión, sufren de una mayor carga de patología oral que el resto de la sociedad, entre otros motivos por la escasa implantación de las medidas preventivas habituales y la infrecuente o inadecuada utilización que suelen hacer de los recursos sanitarios.

Además, en algunos de estos colectivos se incluye entre los factores de riesgo de enfermedad oral la medicación que con frecuencia reciben y la dificultad que tienen para mantener unos hábitos higiénicos adecuados por la limitación de su capacidad de movimientos.

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

➤ **Acción 1: Atención a personas con discapacidad intelectual y problemas de salud oral**

En esta población se ha constatado la infrecuente utilización de los recursos sanitarios, tanto públicos como privados, derivada de la escasa percepción de enfermedad que suponen los problemas orales comparados con su discapacidad y de, en ocasiones, la carencia de recursos económicos disponibles para atender estas necesidades.

Se plantean las actuaciones siguientes:

- Conocer con mayor precisión la distribución geográfica de la población con discapacidad intelectual, sus características sociosanitarias y sus necesidades asistenciales.
- Informar sobre los recursos disponibles a estas personas, a sus familias y a quienes las cuidan a través de las asociaciones de pacientes, recursos sociales y Astursalud.
- Diseñar protocolos clínicos para el conjunto del SESPA dirigidos a mejorar la atención de las personas con discapacidad intelectual y en general para las personas con dependencia.
- Impartir formación a profesionales del sistema sanitario, especialmente a las Unidades de Salud Bucodental (USBD), en el manejo de dichos protocolos.

➤ **Acción 2: Atención a personas mayores con problemas de salud oral**

En esta población la falta de dentadura parcial o completa y los problemas para masticar son situaciones frecuentes, ya que no se beneficiaron en su infancia de ninguna de las actuaciones públicas de promoción y prevención de la caries o de la patología periodontal que ahora existen.

Las medidas propuestas para este colectivo son:

- Incluir en Astursalud información general y referencias actualizadas para el cuidado de la boca de las personas mayores.
- Abordaje grupal y comunitario, que incluya consejos de higiene oral y dieta no cariogénica, para los centros de mayores dependientes de la Consejería de Servicios y Derechos Sociales, a cargo de profesionales del área sanitaria.
- Diseñar protocolos de promoción de la salud oral y de cuidados para las personas residentes en Establecimientos Residenciales para Ancianos de Asturias (ERA), en los que participen sus familias y personas cuidadoras.
- Aprobar recomendaciones de cuidado de las prótesis y de la boca de las personas mayores ingresadas en centros asistenciales públicos y privados.

➤ **Acción 3: Atención a personas en riesgo de exclusión social con problemas de salud oral**

Es un hecho que reflejan numerosos estudios que la población de menor poder adquisitivo soporta una carga de enfermedad oral mayor que el resto. La población en riesgo de exclusión social constituye un grupo en el que será muy difícil evitar la aparición de la enfermedad y acceder a los tratamientos odontológicos que necesitan.

En este ámbito se proponen la siguiente medida:

- Apoyar el funcionamiento de la Clínica Odontológica Solidaria que Cáritas y el Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Asturias (CODES) gestionan en Oviedo.

5.1.9. ATENCIÓN A PERSONAS CON ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS, NEUROMUSCULARES, POCO FRECUENTES Y DE DIFÍCIL CLASIFICACIÓN CON ALTA DEPENDENCIA

Las enfermedades neurodegenerativas identificadas en la Estrategia Nacional de atención a estas enfermedades comprenden las demencias, el Parkinson, la degeneración lenticular, la esclerosis lateral amiotrófica (ELA), la esclerosis múltiple (EM) y la enfermedad de Huntington. No obstante, en esta línea estratégica incluiremos también otras enfermedades degenerativas, como el daño cerebral adquirido y las de difícil clasificación, que habitualmente son poco frecuentes y requieren actuaciones sociosanitarias.

Lo singular de estas enfermedades desde el punto de vista de este plan es la frecuente asociación de necesidades de intervención sanitaria y de recursos

sociales que son parte inherente del tratamiento, de la rehabilitación funcional y de los cuidados paliativos y esenciales en el bienestar de las personas enfermas y cuidadoras.

Objetivo: 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.

➤ **Acción 1: Colaboración con el Centro de Referencia Estatal de Langreo para la atención a enfermedades neurodegenerativas**

Los centros de referencia estatal son recursos sociosanitarios dedicados a la atención, innovación y mejora, cuya competencia es del Gobierno central.

La próxima puesta en marcha del Centro de Referencia Estatal para la atención de enfermedades neurodegenerativas, situado en el municipio de Langreo, constituirá el único centro de estas características ubicado en Asturias. La atención a las personas usuarias de este dispositivo necesita del establecimiento de una adecuada coordinación entre este recurso y los servicios sanitarios y sociales del Principado.

➤ **Acción 2: Garantizar la continuidad asistencial en momentos de crisis mediante la coordinación de los recursos sociales y sanitarios**

El diagnóstico de enfermedades degenerativas como las señaladas o de enfermedades poco frecuentes productoras de dependencia conllevará la realización de un plan de atención, que incorpore las necesidades de asistencia sanitaria y la previsión de necesidad de recursos sociales, que puede requerir

el progreso de la enfermedad, de acuerdo a los recursos existentes en la familia y la comunidad. En consecuencia:

- Se elaborará un protocolo de intervención sociosanitaria que contemple la atención a las personas con enfermedades neurodegenerativas, poco frecuentes y otras de especial necesidad, contando con la red de atención primaria, salud mental y servicios sociales.

➤ **Acción 3: Mantener la autonomía de los pacientes mediante un abordaje multidisciplinar e interdisciplinar**

Las unidades clínicas de neurología y las secciones de medicina interna, cuando asistan a pacientes con enfermedades neurodegenerativas o con progresión a la dependencia, articularán su atención de acuerdo a satisfacer la valoración clínica, funcional, psicológica y social de las personas enfermas. Al respecto:

- En los servicios, consultas o unidades de referencia para personas con enfermedades neurodegenerativas se establecerá la adecuada coordinación para la atención de tipo multidisciplinar, con el objetivo de adoptar decisiones integrales en su manejo.

5.2. LÍNEA 2: SISTEMA DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN SOCIOSANITARIO

Deben sentarse las bases de un registro compartido de la información entre ambos sistemas de atención que permita un trabajo en red. La falta de comunicación entre los servicios sociales y de salud incrementa la descoordinación, duplica informaciones y gestiones, y alarga los periodos de espera para acceder a los recursos.

Las nuevas tecnologías constituyen un marco eficaz en el diseño de los sistemas de información sociosanitaria, pues proporcionan una ayuda en funciones tales como la atención, la investigación y la gestión.

5.2.1. DESARROLLO DE LA HISTORIA SOCIAL ELECTRÓNICA

La intervención de profesionales del sistema de servicios sociales de responsabilidad pública tiene un carácter interdisciplinar, y debe proporcionar una respuesta integral a las necesidades de tipo personal, familiar y social de las personas usuarias del sistema de servicios sociales.

Para ello, es necesario que el sistema de servicios sociales, compuesto por diferentes administraciones, niveles competenciales y de atención, se organice de manera integrada y coordinada, mediante un registro único de personas usuarias, una historia social única y un uso compartido de la información.

En la actualidad el sistema de información del sistema asturiano de servicios sociales se articula sobre diferentes aplicaciones que responden a las distintas prestaciones que componen el sistema, algunas de competencia local y otras nacional, sin interrelación entre ellas y sin poder satisfacer las necesidades expuestas anteriormente.

Objetivo: 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.

➤ **Acción 1: Diseño e implementación de la historia social electrónica en el sistema público de servicios sociales**

La historia social electrónica es el conjunto de información y documentos en formato electrónico en los que se contienen los datos, las valoraciones y las informaciones de cualquier tipo, sobre la situación y la evolución de la atención social de las personas usuarias del sistema asturiano de servicios sociales a lo largo de su proceso de intervención.

Hay que destacar que se trata de un proceso complejo, como en su día lo fue el diseño de la historia clínica electrónica, y que se ha iniciado en el año 2017 con la licitación del análisis, diseño, construcción e implantación de un visor piloto de la historia social.

En el diseño de la historia social electrónica se tendrán en cuenta las necesidades de información a compartir con la historia clínica electrónica cuya integración se plantea en la siguiente iniciativa.

5.2.2. INTEGRACIÓN DE HISTORIA CLÍNICA E HISTORIA SOCIAL

La atención sociosanitaria necesita de la información que, sobre la historia clínica y social de una persona, está recogida tanto la historia clínica electrónica como 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 y domiciliarios, prestando especial atención a aquellos dirigidos a los colectivos diana a los que se dirige este plan.

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

➤ **Acción 1: Código de identificación personal sociosanitario**

Esta acción plantea como medida incorporar un código común para los sistemas de información en los ámbitos de servicios sociales y sanitarios de la Comunidad Autónoma, que permita un identificador personal único de todo el proceso de atención sociosanitaria. La utilización del Código de identificación autonómico (CIP-ASTU), plenamente consolidado en salud, permite la identificación unívoca de una misma persona, tanto en el ámbito de los servicios sociales como en los sanitarios.

➤ **Acción 2: Facilitar la interoperabilidad entre la historia social y la historia clínica**

Con esta acción se busca la interoperabilidad que permita compartir los datos sociales y de salud necesarios para la coordinación sociosanitaria.

5.3. LÍNEA 3: ACTUACIONES DE APOYO INTERINSTITUCIONAL ENTRE SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS

La evolución que la atención sanitaria y social está experimentando en los últimos años, exige a todas las personas protagonistas un indudable esfuerzo de adaptación e integración, a la vez que un apoyo interinstitucional. La complejidad del proceso de atención hace que la necesidad de apoyo cada vez sea mayor.

5.3.1. ATENCIÓN FARMACÉUTICA EN CENTROS RESIDENCIALES PÚBLICOS DE PERSONAS MAYORES

En la complejidad de la atención farmacéutica destacan las personas mayores que tienen pluripatología, que exige una polimedicación, un mayor consumo y duración de los tratamientos, y conlleva la aparición de numerosos problemas relacionados con los medicamentos, como pueden ser reacciones adversas de alto riesgo, duplicidades de tratamiento, regímenes de dosificación no debidamente ajustados, interacciones farmacológicas clínicamente significativas, incumplimientos, entre otros.

En este sentido, las peculiaridades en los tratamientos farmacológicos de las personas mayores hacen necesaria la implantación de una atención farmacéutica en los centros residenciales públicos de personas mayores.

Objetivo: 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.

➤ **Acción 1: Establecer depósitos de medicamentos en los centros residenciales públicos de personas mayores dependientes de los servicios de farmacia hospitalarios**

Esta acción se desarrolla en varias direcciones:

- Adscribir la atención farmacéutica de los centros residenciales públicos de personas mayores de cada área sanitaria al servicio de farmacia del hospital de área o distrito correspondiente, funcionando, para esta finalidad, como unidades periféricas del mismo.
- Utilizar un módulo de prescripción compatible con la del servicio de farmacia del hospital, para facilitar el funcionamiento y control interno de todas las prescripciones.
- Poner en marcha un sistema de dosis unitaria individualizada, que podría ser de tipo diario o semanal.

➤ **Acción 2: Implementar programas de información de medicamentos y ayuda a la prescripción**

Con esta acción se pretende implantar herramientas electrónicas de información sobre medicamentos y ayuda a la prescripción, que facilita a los y las profesionales de la medicina información actualizada en relación con los problemas de salud más frecuentes, señalando objetivos terapéuticos y tratamientos de elección, entre otros asuntos. Esta línea permite un análisis comparativo de eficacia, toxicidad, conveniencia y coste de las diferentes alternativas, no solo farmacológicas, para conseguir un objetivo terapéutico específico para cada problema de salud.

➤ **Acción 3: Compartir la información y educación sobre el uso adecuado de los medicamentos y productos sanitarios con pacientes y personal sanitario**

Esta acción busca facilitar la colaboración de profesionales y pacientes de los centros residenciales públicos de personas mayores en los programas y protocolos que promuevan las administraciones sanitarias sobre garantía de calidad de la atención farmacéutica y de la sanitaria en general.

5.3.2. SISTEMAS DE APROVISIONAMIENTO DE MATERIAL SANITARIO Y DE HOSTELERÍA

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.

Esta medida estaría justificada, aunque a mayor escala, con las experiencias de las centrales de compras europeas y española que tienen como finalidad adquirir bienes y servicios para terceras administraciones, y el objetivo de racionalizar el gasto público.

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

➤ **Acción 1: Estimular la compra centralizada de material sanitario y de hostelería de ambos sistemas**

Esta acción plantea como medidas:

- Poner en marcha mecanismos de compra centralizada y única para el material sanitario y de hostelería entre los sistemas sanitario y social.
- Facilitar la incorporación en los pliegos de compra centralizada del Servicio de Salud del Principado de los materiales de los centros pertenecientes a la Consejería de Servicios y Derechos Sociales que sean comunes, adaptando dichos materiales a los requerimientos de los centros pertenecientes a la Consejería de Servicios y Derechos Sociales, si fuese necesario.

5.3.3. USO COMPARTIDO DE TECNOLOGÍAS, SERVICIOS Y DISPOSITIVOS

El desarrollo de nuevas tecnologías, la implementación de determinados servicios y la puesta en funcionamiento de dispositivos que mejoren la eficacia de la coordinación sociosanitaria deben de ser compartidos por ambos sistemas.

Las enfermedades crónicas y las situaciones de dependencia generan una elevada demanda asistencial. 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, permite que los cuidados sociosanitarios sean relevantes para determinados perfiles de usuarios, evitando la derivación y generando mayores tasas de satisfacción en la persona.

Objetivo: 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.

➤ **Acción 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**

Esta acción plantea incorporar los centros del ERA al circuito de recogida de analíticas ahora existente, para su posterior derivación a los laboratorios del Servicio de Salud del Principado.

➤ **Acción 2: Disponer de coagulómetros en los centros del ERA**

Esta acción plantea incorporar el uso de tecnologías que mejoran la eficacia y la accesibilidad al Servicio de Salud del Principado, en concreto la disponibilidad de coagulómetros en los centros residenciales de personas mayores del ERA, con la finalidad de realizar controles de medicación anticoagulante en la propia residencia. De igual forma contempla la disponibilidad del software y los accesos necesarios para su control y seguimiento.

➤ **Acción 3: Facilitar a los centros del ERA recursos de oxigenoterapia**

Con esta acción se persigue facilitar a los centros del ERA recursos como los concentradores de oxígeno y sistemas de nebulización. La puesta en marcha de esta medida permitiría reducir los desplazamientos de las personas residentes a los centros sanitarios, siendo más eficientes en el control de determinados procesos y aumentando la satisfacción de los usuarios.

5.4. LÍNEA 4: SENSIBILIZACIÓN PROFESIONAL, FORMACIÓN Y TRANSFERENCIA DE CONOCIMIENTO ENTRE SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS

La sensibilización social, la formación de profesionales y la transferencia del conocimiento y de la experiencia son algunas de las áreas necesarias para el desarrollo de la atención 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.

Reflexionar sobre los procesos de intervención sociosanitaria en toda su complejidad, identificar lo mejorable, a la vez que poner en valor el trabajo bien hecho y las capacidades de las/los profesionales y de las organizaciones, son aspectos fundamentales para poder avanzar hacia servicios de calidad. Trabajar con rigor desde el reconocimiento al esfuerzo y a la buena praxis, desde la cooperación y el trabajo en red, son aspectos esenciales.

5.4.1. SENSIBILIZACIÓN SOCIAL Y DIFUSIÓN DEL PLAN SOCIOSANITARIO

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.

Objetivo: Difundir el Plan Sociosanitario y sensibilizar a profesionales, la comunidad y organizaciones del tercer sector sobre su existencia.

➤ **Acción 1: Elaborar material informativo**

Se elaborarán materiales informativos dirigidos a profesionales y personas usuarias de centros sociales y sanitarios. En los mismos constará la información básica sobre el plan y las direcciones de contacto.

➤ **Acción 2: Presentar el plan a profesionales de los servicios sociales y sanitarios**

El plan será presentado a profesionales de servicios sociales y sanitarios de cada área, por los Equipos de Coordinación sociosanitaria territoriales con el apoyo de la Comisión Técnica para la coordinación sociosanitaria.

➤ **Acción 3: Presentar el plan en la comunidad**

Con el fin de conseguir la máxima difusión del Plan sociosanitario, se presentará a las asociaciones de ámbito comunitario, como pueden ser asociaciones vecinales o de usuarios, de cada área, por los Equipos de Coordinación sociosanitaria territoriales que contarán con el apoyo de la Comisión Técnica para llevar a cabo esta acción.

Además, el plan también será presentado a las organizaciones del tercer sector ligadas a los sectores social y sanitario de la Comunidad Autónoma por la Comisión Técnica para la coordinación sociosanitaria.

5.4.2. FORMACIÓN CONTINUADA

En el ámbito sociosanitario, como en el resto de espacios profesionales, es necesaria la formación continuada de los y las profesionales, que conlleva una actualización permanente de los conocimientos, habilidades y actitudes. Esto permite tener a profesionales competentes y cualificados, lo que supone incrementar la calidad de la atención prestada y la satisfacción de las personas usuarias de los sistemas social y sanitario.

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

➤ **Acción 1: Establecer un plan anual de formación**

El plan anual de formación, en el seno del Plan Sociosanitario, permite estructurar la formación continuada por niveles. Existirá una formación básica dirigida a la totalidad de profesionales de servicios sociales y sanitarios, y otra específica dirigida a profesionales de determinados colectivos como los de infancia, mayores o mujer, entre otros.

El plan anual de formación también deberá contemplar la formación de los Equipos de Coordinación sociosanitaria territoriales y de la Comisión Técnica para la coordinación sociosanitaria.

➤ **Acción 2: Implementar una jornada sociosanitaria anual**

La Jornada como elemento formativo permite llegar a un conjunto extenso de profesionales de los ámbitos social y sanitario. En ella se presentan las actualizaciones sobre un conjunto amplio de temas o se profundiza en un aspecto concreto de la atención sociosanitaria.

5.4.3. TRANSFERENCIA DEL CONOCIMIENTO

El conocimiento generado en la organización debe llegar a las y los profesionales, a su práctica asistencial diaria, para que repercuta en una mejor atención de las personas. El Plan Sociosanitario debe responsabilizarse de esa adecuada transferencia del saber hacer del profesional hacia la persona, siendo la prioridad lograr que el resultado del trabajo sanitario y social se transforme en valor real para las personas usuarias.

Objetivo: 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.

➤ **Acción 1: Registrar y difundir buenas prácticas profesionales**

Esta acción persigue la recopilación y difusión de aquellas prácticas innovadoras y ejemplares de índole sociosanitaria que puedan replicarse en los ámbitos de servicios sociales y sanitarios de nuestra Comunidad Autónoma.

➤ **Acción 2: Elaborar guías y protocolos de práctica profesional**

Dentro del quehacer de los y las profesionales y del conjunto de la organización, existen unos elementos que configuran lo que se denomina infraestructura de la calidad, que comprende normas de calidad y seguridad, indicadores, guías de práctica profesional y registros de buenas prácticas y de acontecimientos adversos.

Mediante esta acción se promoverá la elaboración de guías y protocolos de contenido sociosanitarios orientado a personas usuarias y profesionales de los dos ámbitos.

➤ **Acción 3: Potenciar la investigación sociosanitaria**

La investigación de temas sociosanitarios tradicionalmente ha sido abordada desde un punto de vista sanitario o desde un punto de vista social, pero raramente desde un enfoque integrador de ambas perspectivas.

Esta acción plantea potenciar el desarrollo de trabajos de investigación que den respuesta a preguntas que no se pueden abordar exclusivamente bajo la óptica de la atención clínica ni tampoco exclusivamente desde la perspectiva social.

5.4.4. ESPACIO ÉTICO SOCIOSANITARIO

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.

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

➤ **Acción 1: Facilitar el acceso a los comités de ética de los ámbitos social y sanitario**

Personas usuarias y profesionales de los Servicios Sociales y Sanitarios podrán recabar la opinión de los comités de ética de las áreas sanitarias o de los centralizados para toda la Comunidad Autónoma. Mediante esta acción se realizará una acción de difusión de la existencia de los comités, sus funciones, composición y modo de acceso, tanto a profesionales como a personas usuarias de ambos ámbitos.

➤ **Acción 2: Coordinar los comités de ética de los ámbitos social y sanitario**

En el momento actual existen diversos comités que trabajan los aspectos éticos de los servicios sociales y de los sanitarios:

- Comité de Ética en Intervención Social del Principado de Asturias.
- Comisión Asesora de Bioética del Principado de Asturias.
- Comités de Ética para la Atención Sanitaria de las áreas sanitarias.
- Comité de Ética de la Investigación.

Esta acción plantea una coordinación de los distintos comités, incluyendo la discusión conjunta de casos con trasfondo ético.

5.5. LÍNEA 5: ESTRUCTURAS DE APOYO AL PLAN SOCIOSANITARIO

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 las personas usuarias.

Por todo ello, 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.

5.5.1. CREACIÓN Y PUESTA EN MARCHA DE ESTRUCTURAS DE COORDINACIÓN

Para la mejora de la atención y la coordinación sociosanitaria se han creado y puesto en marcha el Consejo Interdepartamental de coordinación sociosanitaria, la Comisión Técnica para la coordinación sociosanitaria y los Equipos de Coordinación sociosanitaria. Cada uno tiene una estructura propia y un objetivo específico.

➤ Acción 1: Consejo Interdepartamental de coordinación Sociosanitaria

Es un consejo integrado por consejeros y/o consejeras y directoras y directores generales de las consejerías de Sanidad y Servicios y Derechos Sociales, así

como por directores y/o directoras gerentes del SESPA y ERA. Promueve actuaciones de adecuación y reordenación de los procesos asistenciales de los servicios sanitarios y de los servicios sociales que afectan a las personas frágiles, personas con pérdida de autonomía o colectivos con alta vulnerabilidad.

Objetivo: 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.

➤ **Acción 2: Comisión Técnica para la coordinación sociosanitaria**

Es una comisión presidida por una directora o director general de la consejería de Sanidad o de la Consejería de Servicios y Derechos Sociales, e integrada por profesionales de ambas consejerías, del SESPA y el ERA. Su misión prioritaria es estudiar las necesidades y propuestas de actuación para la mejora de la atención y coordinación sociosanitaria, que serán elevadas al Consejo Interdepartamental de coordinación sociosanitaria.

Objetivos: 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.

➤ **Acción 3: Equipos de Coordinación sociosanitaria**

Son equipos integrados por profesionales del área sanitaria y por los equipos territoriales de servicios sociales, además de los servicios sociales municipales. Su misión prioritaria es estudiar la situación de necesidad de las personas que, por su complejidad, precisen de una respuesta conjunta, simultánea o sucesiva por parte de los servicios sanitarios y sociales, analizarlos en común y acordar soluciones colegiadas en su ámbito de actuación profesional.

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

5.5.2. COORDINACIÓN CON EL TERCER SECTOR

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.

Objetivo: 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.

➤ **Acción 1: Promover e impulsar la participación de asociaciones e instituciones sin ánimo de lucro en la coordinación sociosanitaria**

Para el Gobierno del Principado de Asturias la colaboración del tercer sector es una parte fundamental en la prestación de determinados servicios sociales y sanitarios.

Esta acción plantea impulsar la implicación de las instituciones sin ánimo de lucro en los órganos de participación, ya existentes, en salud y servicios sociales en relación con la coordinación sociosanitaria.

6. EVALUACIÓN

La implementación, seguimiento y evaluación del Plan Sociosanitario se apoya en tres apartados:

- Estrategia de evaluación del plan
- Estructuras de seguimiento y evaluación del plan
- Indicadores de monitorización del plan

6.1. ESTRATEGIA

Una parte esencial del Plan Sociosanitario es el establecimiento de mecanismos para el seguimiento y desarrollo de las líneas de actuación e iniciativas contenidas en el mismo, así como la evaluación de su

implementación mediante la cumplimentación de una serie de indicadores, cuantitativos y cualitativos, que midan los resultados.

El seguimiento del plan ha de efectuarse de forma continua a lo largo de la implantación del mismo, lo que permitirá el seguimiento y desarrollo de las líneas e iniciativas, pudiendo corregir y subsanar posibles carencias en su implantación, aprobando nuevas actuaciones a partir de los resultados obtenidos.

Para el seguimiento y evaluación se plantean una serie de estructuras y una serie de indicadores, cuantitativos y cualitativos.

La primera evaluación del plan se realizará 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.

La evaluación del plan, con carácter general, se realizará con periodicidad anual y será llevada a cabo por las estructuras de evaluación descritas en el apartado siguiente.

6.2. ESTRUCTURAS

El desarrollo, seguimiento y evaluación del plan sociosanitario son funciones de las estructuras de coordinación sociosanitaria descritas en el apartado anterior.

6.2.1. EQUIPOS DE COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA

En el ámbito del Plan Sociosanitario del Principado, el Equipo de Coordinación sociosanitaria territorial, será el encargado en su área de:

- Implementar las actuaciones del plan.
- Realizar el seguimiento de las actuaciones propuestas en el plan.
- Evaluar las actuaciones, con la periodicidad establecida en el mismo.

6.2.2. COMISIÓN TÉCNICA PARA LA COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA

En el ámbito del Plan Sociosanitario del Principado, la Comisión Técnica será la encargada de:

- Proponer la formulación del plan y elevar el mismo para su aprobación por el Consejo Interdepartamental.
- Vigilar la implementación y el desarrollo del plan.
- Realizar el seguimiento de las acciones propuestas en este documento.
- Evaluar el plan, con la periodicidad establecida en el mismo.

Para la realización de estas funciones la Comisión Interdepartamental designará a una persona miembro de la Comisión Técnica o profesional del ámbito de salud o de servicios sociales adscrito a la misma.

6.2.3. CONSEJO INTERDEPARTAMENTAL DE COORDINACION SOCIOSANITARIA

En relación al Plan Sociosanitario, las funciones de este órgano son:

- Aprobar e impulsar las acciones generales necesarias para el desarrollo del Plan.
- Realizar el seguimiento del plan en su globalidad.
- Recibir la evaluación anual del plan por parte de la Comisión Técnica.
- Proponer líneas de mejora en el mismo.

6.3. INDICADORES DE MONITORIZACIÓN DEL PLAN

LINEA 1: ACTUACIONES EN COLECTIVOS DIANA		
INICIATIVA	ACCIONES	INDICADORES
1.1 Atención a personas mayores frágiles	Acción 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
	Acción 2.- Potenciar la atención a personas mayores con enfermedades crónicas	<ul style="list-style-type: none"> • Número concejos con Escuelas de Salud • Número personas formadas en el Programa Tomando Control de su Salud-PACAS • Número personas formadas en el Programa Manejo Personal de la Diabetes-PACAS
	Acción 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
	Acción 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

INICIATIVA	ACCIONES	INDICADORES
1.2 Atención a personas en situación de dependencia o diversidad funcional	Acción 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
	Acción 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
	Acción 3.- Atención a las personas cuidadoras de personas dependientes	<ul style="list-style-type: none"> • Total 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

INICIATIVA	ACCIONES	INDICADORES
<p>1.2 Atención a personas en situación de dependencia o diversidad funcional</p>	<p>Acción 4.- Mejorar la coordinación entre atención primaria y las residencias de personas mayores del ERA</p>	<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
	<p>Acción 5.- Facilitar el acceso y promover la información sobre los productos de apoyo</p>	<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

INICIATIVA	ACCIONES	INDICADORES
1.3 Atención a personas con trastorno mental grave/severo	Acción 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
	Acción 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
	Acción 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 1º fase en alojamientos protegidos
	Acción 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
	Acción 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

INICIATIVA	ACCIONES	INDICADORES
1.4 Atención a personas en riesgo de exclusión social	Acción 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.
	Acción 2.- Atención sociosanitaria a personas con compromisos acordados en el PPIS, que estén relacionadas 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
	Acción 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
	Acción 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 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
1.5 Atención a personas menores de edad con alta vulnerabilidad	Acción 1.- Menores atendidos en las Unidades de Atención Infantil Temprana	<ul style="list-style-type: none"> Existencia de un protocolo común de coordinación entre las unidades de Atención Infantil Temprana-pediatría-servicios de rehabilitación
	Acción 2.- Atención a menores tutelados	<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.
	Acción 3.- Menores de edad con problemas de salud mental	<ul style="list-style-type: none"> Nº de centros de menores tutelados con protocolo de coordinación salud mental-servicios sociales-educación

INICIATIVA	ACCIONES	INDICADORES
1.6 Atención a personas que sufren violencia o maltrato	Acción 1.- Detectar, prevenir e intervenir ante situaciones de maltrato a 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
	Acción 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
	Acción 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
1.7 Atención a personas al final de la vida	Acción 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 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
	Acción 2.- Facilitar el acompañamiento de personas al final de la vida	
	Acción 3.- Respetar las preferencias de las personas al final de la vida	
	Acción 4.- Aumentar la cobertura de la atención de cuidados paliativos a todas las personas con necesidades sociosanitarias	
	Acción 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	

INICIATIVA	ACCIONES	INDICADORES
1.8 Atención a personas vulnerables con problemas de salud oral	Acción 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
	Acción 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 Astursalud Existencia de protocolo de promoción de la salud oral y cuidados para personas que viven en centros residenciales del ERA
	Acción 3.- Atención a personas en riesgo de exclusión social con problemas de salud oral	<ul style="list-style-type: none"> Existencia de subvención a la Clínica Odontológica Solidaria de Cáritas-CODES
1.9 Atención a personas con enfermedades neurodegenerativas, neuromusculares, poco frecuentes y de difícil clasificación con alta dependencia	Acción 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
	Acción 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.
	Acción 3.- Mantener la autonomía de los pacientes 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

LÍNEA 2.- SISTEMA DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN SOCIOSANITARIO		
INICIATIVA	ACCIONES	INDICADORES
2.1 Desarrollo de la historia social electrónica	Acción 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
2.2 Integración de historia clínica e historia social	Acción 1.- Código de identificación personal sociosanitario	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar la integración del CIP- ASTU en la historia social electrónica
	Acción 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

LÍNEA 3.- ACTUACIONES DE APOYO INTERINSTITUCIONAL ENTRE SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS		
INICIATIVA	ACCIONES	INDICADORES
3.1 Atención farmacéutica en centros residenciales públicos de personas mayores	Acción 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
	Acción 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
	Acción 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.
3.2 Sistemas de aprovisionamiento de material sanitario y de hostelería	Acción 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
3.3 Uso compartido de tecnologías, servicios y dispositivos	Acción 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
	Acción 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
	Acción 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 Nº de centros residenciales para personas mayores del ERA que dispongan de sistemas de nebulización de apoyo

LÍNEA 4.- SENSIBILIZACIÓN PROFESIONAL, FORMACIÓN Y TRANSFERENCIA DE CONOCIMIENTO ENTRE SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS		
INICIATIVA	ACCIONES	INDICADORES
4.1 Sensibilización social y difusión del Plan Sociosanitario	Acción 1.- Elaborar material informativo	<ul style="list-style-type: none"> Existencia de material informativo del Plan Sociosanitario para su difusión a profesionales y usuarios
	Acción 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
	Acción 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
4.2 Formación continuada	Acción 1.- Establecer un plan anual de formación	<ul style="list-style-type: none"> Existencia de un plan anual de formación en coordinación sociosanitaria
	Acción 2.- Implementar una jornada sociosanitaria anual	<ul style="list-style-type: none"> Realización de una jornada anual sociosanitaria
4.3 Transferencia del conocimiento	Acción 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
	Acción 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
	Acción 3.- Potenciar la investigación sociosanitaria	<ul style="list-style-type: none"> Total de trabajos de investigación elaborados en el seno del plan en los ámbitos social y sanitario
4.4 Espacio ético sociosanitario	Acción 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
	Acción 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 sanitario Número de casos analizados en conjunto por los comités de ética de los ámbitos social y sanitario

LÍNEA 5.- ESTRUCTURAS DE APOYO AL PLAN		
INICIATIVA	ACCIONES	INDICADORES
5.1 Creación y puesta en marcha de estructuras de coordinación sociosanitaria	Acción 1.- Consejo Interdepartamental de coordinación sociosanitaria	<ul style="list-style-type: none"> • Número de reuniones anuales realizadas con su acta correspondiente
	Acción 2.- Comisión Técnica para la coordinación sociosanitaria	<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 territoriales
	Acción 3.- Equipos de Coordinación sociosanitaria	<ul style="list-style-type: none"> • Número de reuniones anuales realizadas con su acta correspondiente • Existencia de una memoria anual por cada Equipo
5.2 Coordinación con el tercer sector	Acción1.- 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

7. BIBLIOGRAFÍA

Consejería de Sanidad del Principado de Asturias. Plan de Salud Mental del Principado de Asturias 2015-2020. Oviedo; 2015.

Consejería de Sanidad del Principado de Asturias. Propuesta de acciones sociosanitarias. Documento Técnico. Oviedo; 2013.

Consejería de Sanidad del Principado de Asturias. Personas sanas, poblaciones sanas: ordenación y elaboración de las Estrategias de Salud y Atención a la Población con Enfermedad Crónica en Asturias. Oviedo; 2014.

Consejo Asesor de Sanidad. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Coordinación y Atención Sociosanitaria. Informe. Madrid; 2013.

Consejo General del Trabajo social. Asociación Española de Trabajo Social y Salud. Propuesta de una estrategia de atención y coordinación sociosanitaria. Madrid; 2015.

Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Plan Director Sociosanitario. Barcelona; 2007.

Generalitat de Catalunya. Plan interdepartamental de atención e interacción social y sanitaria. Barcelona; 2014.

Gobierno del Principado de Asturias. 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. (BOPA N° 279 de 1/12/2016).

Gobierno Vasco. Líneas estratégicas de Atención Sociosanitaria para Euskadi 2013-2016. Vitoria; 2013.

Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad-IDIS. El reto de los cuidados sociosanitarios intermedios. Mapa de recursos y propuestas de futuro. Madrid; 2016.

Junta de Castilla y León. II Plan Sociosanitario de Castilla y León. Valladolid; 2003.

Junta de Extremadura. Plan Marco de Atención Socio-Sanitaria en Extremadura. Mérida; 2005.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad-IMSERSO. Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España. Madrid; 2011.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Madrid; 2014.

Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales-IMSERSO. Libro Blanco de Atención a las personas en situación de dependencia en España. Madrid; 2005.

Observatorio Estatal de la Discapacidad-CERMI. Espacio sociosanitario inclusivo. Madrid: Ediciones Cinca; 2014.

Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra; 2015.

Organización Mundial de la Salud. WHO global strategy on people-centred and integrated health services. Geneva-Switzerland; 2015.

Sociedad Española de Medicina Geriátrica. Prevención de la dependencia en personas mayores. 2007.

Xunta de Galicia. Plan Marco de Atención Sociosanitaria de Galicia 2013. Santiago de Compostela; 2013.