

**INFORME TÉCNICO SOBRE LA  
MEJORA DE LA ATENCIÓN SANITARIA A RESIDENTES  
EN CENTROS RESIDENCIALES DE  
PERSONAS MAYORES,  
CON DISCAPACIDAD Y  
CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL**

**JUNIO 2023**

**INFORME TÉCNICO SOBRE LA MEJORA DE LA ATENCIÓN SANITARIA A RESIDENTES  
EN CENTROS RESIDENCIALES DE PERSONAS MAYORES, CON DISCAPACIDAD Y CON  
PROBLEMAS DE SALUD MENTAL  
JUNIO 2023**

**GRUPO TÉCNICO DE TRABAJO**

**Sistema Valenciano de Salud**

-DGAS/SDGAAI/SIA: Dolores Cuevas Cuerda, Pepa Ibáñez Cabanell, Eloy Saiz Ramiro

-DGFPS: Teresa Barberá González

-Comisiones de departamento:

-Dirección de atención primaria: Carlos Ramírez Pérez, Amparo Antonaya Campos

-Atención primaria: Carolina Mir (médica CS Serrería), Celia Rodado Guirado (enfermera CS Torrent)

-UHD: Juan Ramón Domènech Pascual

-Inspección: Mercedes Pons Esteve

**Sistema Público Valenciano de Servicios Sociales**

-DGPM: Josep Lluís Tapia Micó, Carmen Llácer Miralles

-Dirección residencias de personas mayores: Amparo Girbés Calvo (Carlet), Carlos Carreres Sanz (Silla)

-Equipo sanitario residencias de personas mayores: Jordi Santonja Sanz (médico-Alcoi)

**Coordinación**

Técnicos de la CSUSP y la CIPI.

Contenido

Introducción: objetivos.....	3
Análisis de situación.....	4
Sistema Público Valenciano de Servicios Sociales.....	4
Sistema Valenciano de Salud.....	6
Coordinación.....	7
Proyectos en marcha.....	8
Recomendaciones. Áreas de mejora.....	9
A. Proyectos de atención.....	10
A1 VALORACIÓN INTEGRAL AL INGRESO EN RESIDENCIA DE PERSONAS MAYORES.....	10
A2 PLAN DE CUIDADOS INDIVIDUALIZADO Y COMPARTIDO.....	11
A3 ATENCIÓN A RESIDENTES CON FRAGILIDAD (ESTRATIFICACIÓN).....	12
A4 ATENCIÓN FARMACÉUTICA.....	13
A5 SEGUIMIENTO DE ENFERMEDADES CRONICAS.....	14
A6 OPTIMIZAR LA ATENCIÓN EN LAS TRANSICIONES A Y ENTRE LOS SERVICIOS SANITARIOS.....	15
A7 PREVENCIÓN DE CAÍDAS.....	16
A8 PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN.....	17
A9 ATENCIÓN A RESIDENTES CON MOVILIDAD REDUCIDA.....	18
A10 ATENCIÓN LIBRE DE SUJECIONES Y COERCIONES.....	19
A11 CIRCUITO ASISTENCIAL DE ATENCIÓN A LOS SÍNTOMAS PSICOCONDUCTUALES DE LA DEMENCIA.....	20
A12 CIRCUITO ASISTENCIAL PROBLEMAS DE SALUD MENTAL GRAVES O CONDUCTAS ADICTIVAS.....	21
A13 BROTOS VIRUS RESPIRATORIOS.....	22
A14 CUIDADOS PALIATIVOS. ATENCIÓN AL PACIENTE TERMINAL. ACOMPAÑAMIENTO DE MUERTE Y DUELO.....	23
O. Proyectos organizativos.....	24
O1 COMISIONES DEPARTAMENTALES DE CONTROL Y MEJORA DE LA ATENCIÓN SANITARIA A RESIDENTES EN CENTROS RESIDENCIALES DE SERVICIOS SOCIALES.....	24
O2. PLAN FUNCIONAL DE RESIDENCIA PARA COORDINACIÓN DE ATENCIÓN SOCIAL Y SANITARIA.....	25
O3. PERSONAS HOSPITALIZADAS QUE AL ALTA NECESITAN RECURSOS SOCIALES.....	26
O4. ACOMPAÑAMIENTO POR VOLUNTARIADO PARA ACCESO A ATENCIÓN SANITARIA Y HOSPITALIZACIÓN.....	27
O5. INDICADORES DE ATENCIÓN SANITARIA A PERSONAS RESIDENTES.....	28
I. Proyectos de sistemas de información.....	29
I1. HISTORIA SOCIAL ÚNICA SISHU (PROYECTO SOCYSAN).....	29
I2 DATOS MÍNIMOS EN SIA.....	30
I3. CONSULTA NO PRESENCIAL (TELEMEDICINA).....	31
I4. SISTEMATIZAR LA NOTIFICACIÓN DE PERSONAL AUTORIZADO PARA ACCEDER A SIA.....	32
F. Proyectos de formación.....	33
F1 CURSO PROCESO ASISTENCIAL A LAS PERSONAS ADULTAS AL FINAL DE SU VIDA.....	33
F2 CURSO APLICACIÓN DE LA LEY ORGÁNICA DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA.....	34
F3 CURSO PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN RESIDENCIAS.....	35
F4 CURSO VALORACION DEL GRADO DE DEPENDENCIA PARA TRABAJADORES SOCIALES DEL SISTEMA SANITARIO ...	35
F5. RECEPCIÓN-ACOGIDA DEL PERSONAL AL INCORPORARSE A UNA RESIDENCIA.....	36
F6. PROPUESTA DE CONTENIDOS PARA LOS PLANES DE FORMACIÓN DE LA EVES Y EL IVAP.....	37
ANEXOS.....	38
1. PLAN DE TRABAJO.....	38
2. EQUIPOS PROFESIONALES EN RESIDENCIAS Y OTROS CENTROS (Decreto 27/2023).....	38
3. CORRESPONDENCIA ENTRE RECURSOS SANITARIOS Y RESIDENCIALES.....	38
4. NORMATIVA-GLOSARIO.....	39

## Introducción: objetivos

Este informe ha sido elaborado por un grupo de trabajo formado por profesionales del Sistema Público Valenciano de Servicios Sociales (SPVSS) y del Sistema Valenciano de Salud (SVS), implicados en la gestión de las residencias, en la gestión de la asistencia sanitaria o en las comisiones departamentales de control de residencias frente a Covid.

El objetivo principal del grupo es impulsar la mejora de la atención sanitaria de las personas que residen en centros residenciales de servicios sociales (mayores, con diversidad funcional o con problemas de salud mental), en función de sus necesidades, en todos los entornos en que se presta esta asistencia:

- En la residencia, por los profesionales sanitarios de las residencias, equipos de atención primaria (EAP), servicios de urgencias y hospitalización a domicilio (UHD).
- En las unidades de cuidados continuados de las residencias de mayores, por los profesionales sanitarios de estas.
- En consulta del EAP.
- En urgencias (PAC-PAS, urgencias hospitalarias, emergencias sanitarias).
- En consulta hospitalaria.
- En hospitalización (hospitales de agudos)
- En hospitalización (HACLE)

Esto conlleva una atención sanitaria centrada en la persona y la necesidad de establecer las responsabilidades y tareas que corresponden a los profesionales sanitarios de las residencias y a los de la CSUSP.

Otros objetivos planteados:

- Garantizar cuidados de convalecencia o recuperación funcional que sustituyan a los del entorno familiar cuando este no puede aportarlos, en procesos de baja/media complejidad (7 días de inmovilidad en proceso agudo, 14 días fractura cadera, 21 días ictus), en un ámbito supervisado.
- Facilitar entorno adecuado a personas hospitalizadas que requieren la intervención de los servicios sociales para recibir los cuidados necesarios tras el alta médica.
- Evitar alteración de la atención sanitaria en las residencias por falta del personal requerido por la normativa, estableciendo mecanismos para identificar estas situaciones desde las comisiones de departamento y corregirlas (inspección de la VICIPI, reducir la ocupación...).

El grupo ha abordado inicialmente cuestiones generales y la situación de las residencias de personas mayores; posteriormente, se profundizará en los aspectos específicos de residencias de personas con diversidad funcional y problemas de salud mental (ver plan de trabajo en el anexo).

Este informe ofrece un análisis de situación y unas recomendaciones generales.

Se propone además poner en marcha una serie de proyectos para mejorar la atención sanitaria en los centros residenciales de personas mayores y de diversidad funcional, relacionados con la atención sanitaria (incluyendo la promoción de salud y la prevención), la organización, los sistemas de información y la formación.

## Análisis de situación

### Sistema Público Valenciano de Servicios Sociales

En el SPVSS, las residencias para personas mayores, con diversidad funcional intelectual y/o física u orgánica, y con problemas de salud mental, forman parte de la atención secundaria, organizada en departamentos de servicios sociales (ver glosario).

En los centros de titularidad pública, las modalidades de gestión pueden ser:

- Directa o medios propios
- Acuerdos de acción concertada con entidades privadas iniciativa social
- Gestión indirecta por alguna de las fórmulas establecidas en la normativa sobre contratos del sector público

#### RESIDENCIAS PARA PERSONAS MAYORES

	Nº resid	Nº plazas autorizadas	Nº plazas del SPVSS	Observaciones
<b>Centros de titularidad pública</b>	<b>70</b>	<b>5.818</b>	<b>5.295</b>	
De la administración autonómica	39	3.715	3.715	Son del SVPSS todas las plazas
Del sector público instrumental (IVASS)	0	0	0	Son del SVPSS todas las plazas
De las entidades locales	31	2.103	1.580	Son del SVPSS las plazas acogidas a contrato programa
<b>Centros de titularidad privada</b>	<b>253</b>	<b>21.722</b>	<b>8.050</b>	
De entidades de iniciativa social	67	4924	1.880	Son del SVPSS las plazas acogidas al régimen de concierto
De iniciativa mercantil	182	16.684	6.170	Son del SVPSS las plazas contratadas por la Generalitat
De personas físicas	4	114	0	Son del SVPSS las plazas contratadas por la Generalitat
<b>Total</b>	<b>323</b>	<b>27.540</b>	<b>13.345</b>	Datos mayo 2023.

En conjunto, el porcentaje de las plazas de residencias mayores que forman parte del SPVSS, respecto del total de la CV, es del 48,4%.

Según el informe del Ministerio de Derechos Sociales a 31/11/2021 “SERVICIOS SOCIALES DIRIGIDOS A LAS PERSONAS MAYORES EN ESPAÑA”, el índice de cobertura de servicios de atención residencial en personas de 65 o más años,  $((n^{\circ} \text{ de plazas/población} \geq 65) * 100)$  era de 2,70 % en la CV frente al 4,30 % en España. En cuanto al índice de cobertura de servicios de ayuda a domicilio en este mismo grupo de edad era de 2,54% en la CV, frente al 5,34% en España. La cobertura de teleasistencia era 1,04% en la CV y 9,86% en España.

#### RESIDENCIAS PARA PERSONAS CON DIVERSIDAD FUNCIONAL

	Nº resid	Nº plazas autorizadas	Nº plazas del SPVSS	Observaciones
<b>Centros de titularidad pública</b>	<b>26</b>	<b>1131</b>	<b>1079</b>	
De la administración autonómica	8	342	342	Son del SVPSS todas las plazas
Del sector público instrumental (IVASS)	9	469	469	Son del SVPSS todas las plazas
De las entidades locales	9	320	268	Son del SVPSS las plazas acogidas a contrato programa
<b>Centros de titularidad privada</b>	<b>34</b>	<b>1295</b>	<b>1002</b>	
De entidades de iniciativa social	30	1166	1002	Son del SVPSS las plazas acogidas al régimen de concierto
De iniciativa mercantil	4	129	0	Son del SVPSS las plazas contratadas por la Generalitat
De personas físicas	0	0	0	Son del SVPSS las plazas contratadas por la Generalitat
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>2426</b>	<b>2081</b>	Datos mayo 2023.

## RESIDENCIAS PARA PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

	Nº resid	Nº plazas autorizadas	Nº plazas del SPVSS	Observaciones
<b>Centros de titularidad pública</b>	<b>7</b>	<b>291</b>	<b>291</b>	
De la administración autonómica	5	222	222	Son del SVPSS todas las plazas
Del sector público instrumental (IVASS)	2	69	69	Son del SVPSS todas las plazas
De las entidades locales	0	0	0	Son del SVPSS las plazas acogidas a contrato programa
<b>Centros de titularidad privada</b>	<b>33</b>	<b>1676</b>	<b>168</b>	
De entidades de iniciativa social	5	168	168	Son del SVPSS las plazas acogidas al régimen de concierto
De iniciativa mercantil	28	1508	0	Son del SVPSS las plazas contratadas por la Generalitat
De personas físicas	0	0	0	Son del SVPSS las plazas contratadas por la Generalitat
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>1967</b>	<b>459</b>	Datos mayo 2023.

En conjunto, las plazas residenciales en la CV a mayo 2023 son:

Residencias para personas:	Plazas del SPVSS	Plazas privadas	Total autorizadas
-Mayores	13.345	14.195	27.540
-Con diversidad funcional	2.081	345	2.426
-Con problemas de salud mental	459	1.508	1.967
<b>Total</b>	<b>15.885</b>	<b>16.048</b>	<b>31.933</b>

A los efectos de coordinación entre la CIPI y la CSUSP para la mejora de la atención sanitaria en las residencias de la CV solo haremos distinción entre plazas del SPVSS y plazas privadas.

### PERFIL DE LAS PERSONAS USUARIAS DE LAS RESIDENCIAS DE PERSONAS MAYORES

Personas de edad igual o superior a 60 años que hayan cesado su actividad laboral, que presenten limitación de su autonomía, que requieran una alternativa a su domicilio habitual o que necesiten atención sociosanitaria especializada, supervisión médica, cuidados de enfermería u otros que no puedan ser prestados en su domicilio.

Excepcionalmente, las personas usuarias podrán tener menos de 60 años cuando su situación de dependencia funcional, psíquica, neurológica o social así lo requiera y no sea posible atenderlos en otro tipo de recursos sociales o sanitarios. Esta situación de excepcionalidad deberá ser justificada con un informe médico y con un informe psicosocial elaborado por el equipo de intervención social de los servicios sociales de atención primaria básica del lugar de su residencia.

Personas residentes en residencias de mayores	% del total	% de hombres	% de mujeres
De 65 o menos	6,28	3,70	2,59
De 66 a 75	18,23	9,67	8,55
De 75 a 85	32,33	10,65	21,68
Mayor de 85	43,16	9,27	33,89
<b>Personas usuarias</b>	<b>100</b>	<b>33,29</b>	<b>66,71</b>

### EQUIPOS PROFESIONALES EN RESIDENCIAS

En estos equipos se incluyen profesionales de medicina, enfermería, fisioterapia, psicología y personal auxiliar de enfermería, con ratios de dedicación que varían según el tipo de residencia y si está acreditada o no (ver en anexo las ratios y funciones del personal sanitario de las residencias (DECRET 27/2023).

## RECURSOS DE EQUIPAMIENTO SANITARIO

En el anexo se describe el equipamiento sanitario mínimo (DECRET 27/2023).

Las residencias de personas mayores dispondrán de una **Unidad de cuidados continuada**, que tendrán una capacidad de un 5% sobre el total de plazas y no contabilizarán como plazas autorizadas. Entre sus requisitos mínimos, las habitaciones de control continuado serán individuales, con baño accesible en su interior y dispondrán de una instalación de oxígeno medicinal y vacío.

Sistema Valenciano de Salud

### **-Atención sanitaria en las residencias**

Se hace efectiva, en primera instancia, por personal de medicina, de enfermería, TCAE, fisioterapia y psicología de los propios centros, en número y dedicación regulados por el Decreto 67/2023, y con el apoyo de profesionales del SVS.

Los medicamentos y el suministro de productos sanitarios corren a cargo del SVS cuando la prestación farmacéutica corresponde a la CSUSP, como se describe en el apartado siguiente. Desde 2001, la normativa regula que los médicos de residencias puedan prescribir tratamientos farmacológicos, pruebas diagnósticas básicas de radiología y laboratorio y derivar a especializada. Se les requiere la correcta cumplimentación, al menos de diagnósticos, tratamientos y pruebas diagnósticas, de la historia de salud. La prescripción es electrónica desde 2013. También desde 2013, las enfermeras de residencias pueden acceder a SIA.

Además, las personas residentes con aseguramiento público están asignadas al cupo de la zona básica de salud en la que se ubica la residencia, con las prestaciones de la cartera de servicios del sistema sanitario: transporte sanitario, pruebas exploratorias, consultas externas, hospital a domicilio, hospitalización...

Para hospitalizar a pacientes que viven en residencias de personas mayores, se estima que el SVS está dedicando el equivalente a 470 camas durante los 365 días del año, lo que equivale a la capacidad de ingreso de 2 hospitales medianos, por ejemplo el Hospital de la Plana (244 camas) y el hospital de Alcoi (226 camas).

La patología infecciosa supone casi un tercio de estos ingresos hospitalarios, básicamente infecciones respiratorias y urinarias. Buena parte de estas situaciones podrían ser resueltas en la propia residencia con el soporte domiciliario de AP y de HAD, evitándose urgencias e ingresos innecesarios.

### **-Atención farmacéutica en las residencias**

#### 1º- Prestación farmacéutica de medicamentos<sup>1</sup>

- Residencias públicas. Se corresponden con los Servicios de Farmacia (SF) y los depósitos que dependen de ellos, con un total de 59 residencias. Estos SF Sociosanitarios Públicos funcionan como un SF de Hospital y al frente de cada SF y depósito hay un especialista en farmacia hospitalaria. En ella los médicos prescriben a través de Abucasis en orden médica y el SF suministra la medicación. A los efectos de prestación farmacéutica solo se consideran plazas públicas aquellas cuya medicación la suministra el SF.

- Residencias privadas. Aquí se incluyen a nivel de prestación farmacéutica las residencias privadas, privadas concertadas y las plazas públicas ubicadas en residencias privadas. Es decir, estas últimas reciben

---

<sup>1</sup> El Decreto 42/2021 regula la atención farmacéutica en centros públicos y privados. Está pendiente de desarrollo. En mayo de 2023 el Tribunal Superior de Justicia anuló los siguientes artículos (sobre la obligatoriedad de establecer SF):

4.2. *Todos los centros sociosanitarios que tengan 100 camas o más dispondrán de un servicio de farmacia de centro sociosanitario, salvo que se establezcan con la conselleria competente en materia de sanidad acuerdos que les eximan de tal exigencia y dispongan de un depósito de medicamentos en los términos dispuestos en este decreto. A tales efectos se tendrán en cuenta las camas realmente ocupadas en el centro sociosanitario.*

5.2. *Los centros sociosanitarios con 100 o más camas, dispondrán de un servicio de farmacia sociosanitario propio o establecerán acuerdos con la conselleria competente en materia de sanidad que les eximan de tal exigencia, debiendo en tal caso disponer de un depósito de medicamentos en las condiciones y requisitos dispuestos en este decreto. A tales efectos se tendrán en cuenta las camas realmente ocupadas en el centro sociosanitario.*

la medicación exactamente igual que un residente de centro privado. Los médicos prescriben a través de Abucasis en receta médica, de dispensación en oficina de farmacia. La mayoría de estas residencias tienen médico autorizado por la Dirección General de Farmacia para la prescripción electrónica. Se pueden autorizar hasta tres médicos por residencia.

2º-Suministro de productos sanitarios. Se realiza a través del programa SUPRO, con dos modalidades:

- Programa SUPRO Anexo II. Programa centralizado en la DGFyPS, consiste en el suministro directo de productos sanitarios, desde la central de compras de sanidad a residencias con titularidad tanto pública como privada, además de centros de día de mayores y CEMS, para la atención a residentes con derecho a prestación farmacéutica de la Seguridad Social. La selección de productos a suministrar (lista de productos del Anexo II), así como su actualización, se lleva a cabo desde la Comisión correspondiente a nivel central. Las residencias solicitan los pedidos a través del aplicativo RESIFAP de la Conselleria de Sanidad, en el que figuran de alta todos los residentes y que dispone de indicadores específicos.
- Programa SUPRO Anexo III. Programa descentralizado en los departamentos de salud, consiste en el suministro de determinados productos sanitarios de menor consumo a residencias privadas/ privadas-concertadas. La selección de productos a suministrar, así como su actualización, se lleva a cabo desde la Comisión correspondiente a nivel central.

En ambos programas, la selección de productos a suministrar, así como su actualización (listas de productos de los Anexos II y III) se lleva a cabo desde la Comisión correspondiente a nivel central.

Las residencias públicas con depósitos que dependen de los Servicios de Farmacia Sociosanitarios Públicos (Burriana, El Pinar, Carlet, La Florida, Cañada) no están incluidos en SUPRO Anexo III, puesto que funcionan como un Servicio de Farmacia de Hospital, tanto para los Servicios de Farmacia como para los depósitos dependientes, por lo que piden directamente a través de LOGIS los productos sanitarios del Anexo III y el resto de productos disponibles en central de compras. Igualmente, si el producto sanitario no está incluido en central de compras, pueden adquirirlo por compra directa a las empresas.

#### – Plan de acción atención primaria y comunitaria en la CV 2022-2023.

Se constituyó un grupo de trabajo en noviembre 2022 para elaborar propuesta de modelo atención primaria en residencias, plan de atención individualizada y funciones de la comisión de departamento.

Coordinación

#### – COMISIONES DE DEPARTAMENTO

En la actual situación epidemiológica, el previsible cambio de la Estrategia del SNS conllevará la derogación de la Resolución que estableció en 2020 Comisiones departamentales de control de covid19 en centros residenciales, junto con los grados de vigilancia y control frente a Covid. En 2021 las Comisiones formaron en cada departamento grupos de mejora de la asistencia sanitaria que elaboraron propuestas e impulsaron medidas.

Se propone mantener Comisiones departamentales, con funciones ampliadas de coordinación asistencial.

#### – UHD GRUPO DE TRABAJO LÍNEA DE RESIDENCIAS

#### – FORMACIÓN A PROFESIONALES DE RESIDENCIAS

- Atención centrada en la persona (públicas de gestión directa) - VICIPI
- Covid (públicas de gestión directa y privadas) - EVES
- Cuidados paliativos (públicas de gestión directa) - EVES

#### – FORMACIÓN A PROFESIONALES DEL SISTEMA SANITARIO

- Valoración de dependencia (trabajadores sociales) -financia EVES, imparte VICIPI



– **HISTORIA SOCIAL ÚNICA** CONCURSO 2023-2026 (adjudicado 2022)

El proyecto “SocYSan”, iniciado a finales de 2022, con cuatro años de duración, impulsado desde ambas Consellerias (CSUSP y CIPI), tiene como objetivo la construcción e implementación de un sistema de información que recoja y/o integre todas las aplicaciones informáticas en el ámbito de las competencias de la CIPI en una sola aplicación informática centralizada y que constituirá la Historia Social Única electrónica del usuario/a. Así mismo, la integración con la historia sanitaria electrónica única ya existente en la CSUSP, a partir de una identificación poblacional común y que facilite mejorar la coordinación y la calidad de la atención en el ámbito de la salud y los servicios sociales. En este contexto, es importante realizar un análisis detallado de los requerimientos y las necesidades de intercambio de información entre los profesionales sanitarios y los servicios sociales para contribuir significativamente al bienestar y la calidad de vida de los residentes.

– **“ESPACIO SOCIOSANITARIO”** CSUSP y VICIPI, informe final grupos 2017

– **MODELOS DE ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA SANITARIA Y SOCIAL**

Proyectos en marcha

Proyectos en marcha	Situación actual	Resultados 2023
Seguimiento por comisiones de departamento. Brotos virus respiratorios	Prevención COVID en residencias Avisos a inspección de VICIPI	-Vigilancia y control de brotes virus respiratorios en residencias -Propuesta de medidas, instrucciones
Cuidados paliativos	Cursos UHD a residencias de gestión directa	-Formación sanitarios residencias públicas en cuidados paliativos -Curso Eutanasia (en línea)
Historia Social (SOCYSAN)	Concurso adjudicado desde septiembre 2022 (duración 4 años)	Identificar: - necesidades de intercambio de información entre CIPI-CSUSP -Mapa de procesos
Atención farmacéutica. Optimización de fármacos. Recomendaciones no hacer	Comisión CAss Programa de Optimización e Integración Terapéutica	-Guía farmacoterapéutica geriátrica MPRE -Revisión SUPRO -Revisar “Protocolo nutricional residencias 2010” -Revisiones de alertas de riesgo del historial farmacoterapéutico -Equiparar órdenes de prescripción en cuanto a registro y controles
Terapias respiratorias domiciliarias	Tramitación concurso Pauta y control neumología	
Formación de profesionales sanitarios de residencias	2021 y 2022 curso prevención y control Covid en residencias	-Ofrecer el curso autoformativo Covid al personal del resto de residencias 2023
Norma conjunta coordinación residencias	Resolución 20/06/2020 comisiones departamento	Nueva Resolución tras la pandemia
Formación de profesionales del sistema sanitario	Valoración de grado de dependencia por trabajadores sociales del sistema sanitario	-Ofrecer a otros trabajadores sociales del sistema sanitario
Ingresados hospitalarios con alta médica pendientes de recursos sociales	Ocupación hospitalaria inadecuada	Propuesta de mejora grupo de trabajo CSUSP y CIPI

## Recomendaciones. Áreas de mejora

Combinar el ENVEJECIMIENTO SALUDABLE Y LA PREVENCIÓN DE LA DEPENDENCIA con la ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA inevitable que presenta una alta proporción de las personas en residencias.

Facilitar e impulsar la COORDINACIÓN funcional y organizativa entre los profesionales de los ámbitos sanitario y social sea cual sea su dependencia y la titularidad de los centros residenciales, con el objetivo común de la atención integral a la salud de las personas residentes, en particular en las transiciones entre ámbitos.

Mantener las COMISIONES DE DEPARTAMENTO y ampliar sus funciones.

Identificar PROFESIONALES SANITARIOS DE ENLACE/referencia en cada residencia y departamento de salud.

Profundizar en el TRABAJO EN EQUIPO, con responsabilidad/tareas definidas

La COMUNICACIÓN para una correcta asistencia exige disponer de información relevante sobre la salud de los residentes siempre que entran en acción unos u otros profesionales (valoraciones integrales al ingreso en las residencias, agudizaciones que requieren atención urgente u hospitalaria y en los horarios en que las residencias no disponen de profesionales sanitarios propios. Ello requiere:

- que esta información (conjunto mínimo de datos) esté incluida en la historia de salud SIA-Abucasis
- evitar en lo posible que los profesionales efectúen un doble registro en las aplicaciones sanitaria y social vigentes.

La coordinación y la comunicación requieren disponer de HERRAMIENTAS INFORMÁTICAS que faciliten las tareas.

Procurar el CONOCIMIENTO MUTUO DE LOS RECURSOS

Disponer de una tabla de correspondencia entre los recursos sanitarios y los residenciales, por departamento de salud y de servicios sociales (ver información para cada residencia en el anexo)

Estratificar a los residentes para ofrecer una ASISTENCIA SANITARIA ADECUADA A SUS NECESIDADES.

Definir ITINERARIOS ASISTENCIALES “óptimos” ajustados a necesidades específicas de residentes.

Potenciar la ATENCIÓN DOMICILIARIA de los EAP, las UHD y otros dispositivos del SVS en las residencias.

Evitar la DIFICULTAD Y VARIABILIDAD INJUSTIFICADA EN EL ACCESO A LA ASISTENCIA SANITARIA

Reducir las URGENCIAS E INGRESOS EVITABLES

Incrementar la RATIO DE PERSONAL SANITARIO en las residencias, especialmente de ENFERMERÍA.

Comunicar desde las residencias a las comisiones las INCIDENCIAS EN PERSONAL que puedan afectar a la atención sanitaria.

Profundizar en la INTEGRACIÓN EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO del personal sanitario de las residencias (DECRET 27/2023).

Revisar la ASIGNACIÓN DE RESIDENCIAS A LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA en función de la dedicación que requieren.

Requerir informe previo de la CSUSP sobre DISPONIBILIDAD DE RECURSOS SANITARIOS, para acreditar o autorizar una residencia.

Revisar la cuantía del COSTE PARA EL USUARIO de la plaza en los contratos/acuerdos con las residencias de titularidad privada, por la doble contribución de la Generalitat a costear los servicios sanitarios prestados a los residentes.

EVALUAR los resultados de los proyectos y la situación de la atención sanitaria en las residencias en el plazo de un año (junio 2024).

## A. Proyectos de atención

<b>Proyecto</b>	A1 VALORACIÓN INTEGRAL AL INGRESO EN RESIDENCIA DE PERSONAS MAYORES
<b>Introducción</b>	El envejecimiento progresivo y la multimorbilidad y cronicidad acompañantes obliga a centrar la atención del individuo en el mantenimiento de la capacidad funcional más que en la atención segmentada de sus comorbilidades. La Valoración Integral (VI) ha demostrado ser eficaz y eficiente en la evaluación multidimensional, la elaboración de planes y objetivos individualizados y coordinados y en la monitorización de resultados para evitar el declive funcional, mantener la calidad de vida y favorecer un envejecimiento saludable.
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Descripción y aplicación de metodología de trabajo asistencial basado en la VI de las personas en residencias de personas mayores de la CV.</li> <li>• Universalizar el uso de la VI en todo el entorno asistencial sociosanitario.</li> <li>• Elaboración de Planes de Cuidados Individualizados en base al resultado de la VI en todos los residentes.</li> <li>• Mejorar la identificación y resultados en los síndromes geriátricos.</li> <li>• Adaptar los sistemas de información a las herramientas necesarias para la ejecución de la VI.</li> </ul>
<b>Acciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incluir en la evaluación de los residentes las variables clínicas, funcionales, cognitivas, emocionales, sociales, síndromes geriátricos y preferencias del residente y familiares.</li> <li>• Definir responsables en la elaboración de la VI y Plan terapéutico.</li> <li>• Describir herramientas de medidas a utilizar en cada uno de las dimensiones de la VI.</li> <li>• Compartir información entre niveles asistenciales.</li> <li>• Monitorizar resultados con el criterio temporal que se establezca.</li> <li>• Realizar formación específica especializada en VI y atención a síndromes geriátricos.</li> <li>• Elaborar indicadores.</li> </ul>
<b>Responsables</b>	Grupo técnico de trabajo de CSUSP y CIPI
<b>Resultados esperables 2023</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión del contenido e instrumentos de la VI actual (en RESIPLUS)</li> <li>• Propuesta de VI a incluir en SOCYSAN</li> <li>• Difusión</li> <li>• Inicio de formación</li> </ul>
<b>Resultados esperables 2024</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementación global de metodología de trabajo en base a la VI</li> <li>• Cumplimentación de indicadores descritos</li> </ul>
<b>Indicadores</b>	Tasa de VI realizadas por residencia Tasas (segmentadas) de prevalencia de cada síndrome geriátrico por residencia

<b>Proyecto</b>	A2 PLAN DE CUIDADOS INDIVIDUALIZADO Y COMPARTIDO
<b>Introducción</b>	El envejecimiento progresivo y la multimorbilidad y cronicidad conlleva patrones de agudización y utilización de recursos heterogéneos entre la población, así como la implicación y declive de áreas diferentes a la clínica que es la habitualmente atendida en el entorno sanitario. En este contexto, las estrategias descritas dirigidas a la atención a la cronicidad recomiendan la realización de un Plan de Cuidados Individualizado para cada persona residente que incluya sus preferencias y voluntades y que sea compartido por todos los niveles asistenciales del sistema.
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementar la metodología de trabajo basada en el plan de cuidados en lugar del tratamiento dirigido a un diagnóstico concreto</li> <li>• Facilitar su uso e interpretación, así como su ejecución, por todos los niveles asistenciales implicados en el cuidado y atención de la persona residente</li> <li>• Compartir la información contenida en el Plan a través de sistemas de información adaptados y universales</li> <li>• Actualizar el Plan de Cuidados con el criterio temporal que se establezca, idealmente cada 6 meses</li> </ul>
<b>Acciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Descripción de los elementos necesarios que deben constar en el Plan de Cuidados Individualizado y Compartido.</li> <li>• Incluir en la evaluación de los residentes las variables clínicas, funcionales, cognitivas, emocionales, sociales, síndromes geriátricos y preferencias de la persona residente y familiares.</li> <li>• Compartir información entre niveles asistenciales.</li> <li>• Monitorizar resultados con el criterio temporal que se establezca.</li> <li>• Elaborar indicadores.</li> </ul>
<b>Responsables</b>	Grupo técnico de trabajo de CSUSP y CIPI Direcciones de las residencias y profesionales sanitarios de las residencias
<b>Resultados esperables 2023</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Difusión de modelo de plan de cuidados y variables/dimensiones a incluir</li> <li>• Inicio de formación específica para su correcta implementación y homogeneización en todos los centros</li> <li>• Inicio de integración de la información entre todos los niveles asistenciales</li> </ul>
<b>Resultados esperables 2024</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementación global de metodología de trabajo</li> <li>• Cumplimentación de indicadores descritos</li> </ul>
<b>Indicadores</b>	Tasa de planes de cuidados cumplimentados. Tasa de actualización de planes de cuidados

<b>Proyecto</b>	A3 ATENCIÓN A RESIDENTES CON FRAGILIDAD (ESTRATIFICACIÓN)
<b>Introducción</b>	<p>La fragilidad se define como un deterioro progresivo de los sistemas fisiológicos, relacionado con la edad, que provoca una disminución de reserva de capacidad intrínseca y mayor vulnerabilidad a situación de estrés (enfermedad aguda...) aumentando así el riesgo de eventos sanitarios adversos, como agudizaciones, sobreutilización de recursos, dependencia, institucionalización y muerte.</p> <p>Se trata por tanto de un estado de pre-dependencia en el que cualquier problema relacionado con la salud podría llevar al individuo que la padece a la dependencia.</p> <p>La detección de la fragilidad ofrece la oportunidad de revertirla, mejorando su capacidad intrínseca, evitando agudizaciones, hospitalizaciones, institucionalización y mortalidad y mejorando la calidad de vida de los mayores y sus familiares así como la eficiencia del sistema sanitario.</p> <p>Se ha desarrollado en el SNS un consenso para la valoración de la fragilidad en AP. Si bien el foco asistencial del paciente frágil se centra en la comunidad y en la AP, es aconsejable desarrollar estrategias dirigidas a su identificación e intervención también en las residencias de mayores.</p>
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Establecer procedimiento estandarizado de detección de fragilidad residencias de personas mayores.</li> <li>· Intervenir en las personas con fragilidad para revertirla o reducirla.</li> <li>· Desarrollar circuitos asistenciales en el entorno hospitalario para los pacientes frágiles, dado que la hospitalización es el primer factor de riesgo de progresión a dependencia.</li> </ul>
<b>Acciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Incluir herramientas de medición o detección de fragilidad en la evaluación de los residentes.</li> <li>· Estandarizar la valoración de la fragilidad dentro de la VI, al ingreso y semestralmente.</li> <li>· Compartir información entre los profesionales que atienden a las personas residentes y señalar en los sistemas de información al paciente frágil (en riesgo).</li> <li>· Monitorizar resultados en el paciente con el criterio temporal que se establezca.</li> <li>· Realizar formación específica en la evidencia sobre fragilidad, su detección y su reversión.</li> <li>· Impulsar la intervención grupal en ejercicio físico y nutricional (en la residencia y en actividades comunitarias).</li> <li>· Intervenir en síndromes geriátricos más prevalentes en fragilidad: polifarmacia, caídas, malnutrición, distimia, reduciendo su prevalencia (ver Proyecto de VI).</li> <li>· Elaborar indicadores.</li> </ul>
<b>Responsables</b>	<p>Técnicos y funcionales de CSUSP y CIPI</p> <p>Direcciones de las residencias y profesionales sanitarios de las residencias</p>
<b>Resultados esperables 2023</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Aplicar procedimiento de detección.</li> <li>· Iniciar intervención.</li> <li>· Desarrollar “marca” de paciente frágil en sistemas de la información.</li> </ul>
<b>Resultados esperables 2024</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Completar formación</li> <li>· Detección de todos los casos frágiles entre los residentes</li> <li>· Incorporar las intervenciones sobre residentes frágiles a las tareas de los fisioterapeutas y a la preparación de dietas adecuadas</li> <li>· Revertir al menos el 20% de los casos identificados</li> <li>· Reducción de síndromes geriátricos entre los residentes</li> <li>· Facilitar hospitalización (UHD) en residencia de pacientes frágiles evitando así yatrogenia hospitalaria (encamamiento severo, malnutrición, delirium, polifarmacia, UPP, incontinencia...)</li> </ul>
<b>Indicadores</b>	<p>Tasa de pacientes frágiles por residencia</p> <p>Tasa de casos con intervención en ejercicio físico/nº pacientes frágiles</p> <p>Tasa de casos con intervención nutricional/nº pacientes frágiles</p> <p>Tasa de hospitalizaciones (en UHD, hospital y HACLE) en pacientes frágiles</p>

<b>Proyecto</b>	A4 ATENCIÓN FARMACÉUTICA
<b>Introducción</b>	<p>La Orden 2/2021 establece y desarrolla el Programa de Optimización e Integración Terapéutica. Igualmente se crea la Comisión Asesora Sociosanitaria (Cass) para el establecimiento de procedimientos terapéuticos en centros sociosanitarios (CS). Por otra parte, el Decreto 42/2021 regula la prestación farmacéutica en CS, depósitos y Servicios de Farmacia sociosanitarios. Este proyecto supone la aplicación de la línea estratégica de la DGFYPS relativa a la integración de la atención farmacéutica y las estructuras farmacéuticas.</p> <p>En 2023 la CIPI ha publicado el Manual de manejo integral de la disfagia en centros sociosanitarios, en su página web. Los enlaces son:  <u><a href="#">Protocolos y otros documentos de interés - Personas Mayores - Generalitat Valenciana (gva.es)</a></u>  Manual de disfagia:  Volumen I.- Abordaje desde el equipo multidisciplinar  <u><a href="#">5ecea760-09f6-bb4d-804e-c1a19f88f940 (gva.es)</a></u>  Volumen II.-Abordaje desde la cocina y otros aspectos prácticas  <u><a href="#">e4689961-c2fb-069d-507a-d5f8ad3390e7 (gva.es)</a></u></p>
<b>Objetivos</b>	Garantizar la disponibilidad de los medicamentos y productos sanitarios así como la atención farmacéutica requerida para lograr su uso óptimo tanto en centros públicos como privados-concertados a todos los residentes con aseguramiento público.
<b>Acciones</b>	Puesta en marcha y desarrollo en el seno de la Cass de la DGFyPS de los grupos de trabajo: 1º-Grupo de Actualización de la Guía Farmacoterapéutica. 2º-Grupo de Atención Nutricional. 3º- Grupo de Programa de suministro directo de productos sanitarios centralizado. 4º-Grupo para la Optimización Farmacéutica.
<b>Responsables</b>	Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios: Grupo de Actualización de la Guía Farmacoterapéutica (coordinadora Maria Pascual); Grupo de Atención Nutricional (coordinadora Patricia Bravo); Grupo de Programa de suministro directo de productos sanitarios centralizado (coordinadora Teresa Barbera); Grupo para la Optimización Farmacéutica (coordinador Juan Peris).
<b>Resultados esperables 2023-2024</b>	Ampliación residencias incluidas en el programa de atención farmacéutica de Servicios de Farmacia Sociosanitarios Públicos. Establecimiento de Servicios de Farmacia en centros sociosanitarios privados. Mejoras en atención nutricional, prestación farmacéutica en centros públicos y privados.
<b>Indicadores</b>	Pendiente de establecer por la Cass

Proyecto	A5 SEGUIMIENTO DE ENFERMEDADES CRONICAS
Introducción	<p>La cronicidad constituye el patrón de morbilidad típico en las personas de edad avanzada siendo las enfermedades crónicas activas las de mayor prevalencia en el ámbito de las residencias.</p> <p>Se consideran crónicas aquellas patologías de larga evolución, evolución generalmente lenta y duración superior a 6 meses (OMS), siendo las más prevalentes: Patología cardiovascular (HTA, IC, arritmias, cardiopatía isquémica...), Diabetes, EPOC, Enf. Neurológicas (ACV, demencia, Parkinson), Artropatías degenerativas, Déficit sensorial (visión y oído), Cáncer y Patología urológica vésico prostática.</p> <p>Entre las condiciones típicas de la cronicidad es importante señalar la progresión de la patología, el acúmulo, la interacción enfermedad/enfermedad y la interacción tratamiento/enfermedad.</p> <p>Por ello es necesario priorizar patologías y tratamientos a realizando una asistencia centrada en el residente y no en una patología concreta. Serán la complejidad y la fragilidad los factores determinantes de la intensidad terapéutica.</p> <p>La valoración inicial de la persona residente constituirá el punto de partida de la valoración integral, de manera que solo tras una completa valoración inicial se llevará a cabo la valoración global interdisciplinar de la persona residente y se establecerá el <b>plan de atención individualizado (PAI)</b>. La valoración inicial será llevada a cabo por las personas miembros del equipo interdisciplinar del centro. (Decreto 27/2023).</p>
Objetivos	<p>Control y seguimiento de las diferentes patologías y sus comorbilidades asociadas estableciendo objetivos terapéuticos en el PAI en función del grado de fragilidad y complejidad del paciente.</p> <p>Evaluar periódicamente estableciendo los controles a realizar en cada una de ellas y su periodicidad.</p> <p>Garantizar la atención en el ámbito asistencial más adecuado al perfil y necesidades.</p>
Acciones	<p>Estratificación de las personas residentes (robusto, frágil, paciente geriátrico, paciente con necesidades paliativas).</p> <p>Listado de diagnósticos activos crónicos.</p> <p>Establecer objetivos terapéuticos acordes a las diferentes necesidades de atención y cuidados.</p> <p>Establecer en el PAI el tipo de controles y su periodicidad.</p> <p>Identificar y difundir buenas prácticas asistenciales y de cuidados que contribuyan al bienestar de los residentes (respetar horarios de descanso en la atención sanitaria, registrar y corregir eventos adversos...)</p>
Responsables	<p>Equipo sanitario de la residencia</p> <p>Atención primaria</p> <p>Facultativos del ámbito hospitalario cuando proceda</p>
Resultados esperables 2023	Establecer funciones del equipo sanitario de la residencia y el equipo de atención primaria según la estratificación del residente.
Resultados esperables 2024	PAI con seguimiento de las personas residentes reflejado en la historia de salud (SIA-Abucasis), con funciones establecidas para el equipo sanitario de la residencia y el equipo de atención primaria.
Indicadores	<p>Valoración de fragilidad (estratificación).</p> <p>Escalas (Barthel, Pfeiffer, Tinetti, Norton...) actualizadas de manera semestral por los profesionales sanitarios de la residencia.</p> <p>Caídas</p> <p>Hospitalizaciones evitables</p>

<b>PROYECTO</b>	A6 OPTIMIZAR LA ATENCIÓN EN LAS TRANSICIONES A Y ENTRE LOS SERVICIOS SANITARIOS
<b>INTRODUCCIÓN- Análisis de situación</b>	<p>La información clínica relevante de la valoración integral de los residentes debe estar a la disposición de los diferentes ámbitos de atención (atención primaria, puntos de atención continuada, urgencias, hospitalización) para la toma de decisiones por los profesionales. Cuando no es así, se puede producir descoordinación, sobremedicación, encarnizamiento terapéutico y, en ocasiones, desaplicación de las decisiones anticipadas.</p> <p>Es necesario que los sistemas de información ofrezcan intercambio de información del estado de las personas residentes y sean interoperables (RESOLUCIÓN 28 DE JULIO DE 2022, de la SECRETARÍA DE ESTADO DE DERECHOS SOCIALES). Entretanto, los sistemas actuales (sanitario y social) deben contener un conjunto mínimo de datos para la toma de decisiones asistenciales (ver proyecto I2).</p>
<b>OBJETIVOS</b>	Mejorar la disponibilidad de la información clínica necesaria para la adecuada toma de decisiones, entre todos los profesionales sanitarios que atienden a las personas residentes.
<b>ACCIONES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definición e inclusión en SIA del identificador de persona residente (se propone el código CIE 10 Z59.3).</li> <li>- Definición del conjunto mínimo de datos exigibles en las valoraciones, interconsultas y derivaciones a diferentes niveles asistenciales (en particular PAC/PAS, urgencias, ingresados; UHD) (proyecto I2).</li> <li>- Difusión del conjunto mínimo de datos a todos los profesionales implicados</li> <li>- Evaluación de las valoraciones, interconsultas y derivaciones que cumplen con el conjunto mínimo de datos.</li> <li>- Promover el acceso al visor de aplicaciones clínicas Nébula por los profesionales sanitarios con acceso a SIA</li> </ul>
<b>RESPONSABLES</b>	<p>Equipo sanitario de la residencia</p> <p>Equipos de atención primaria/PAS-PAC</p> <p>Dirección de atención primaria del departamento de salud</p>
<b>RESULTADOS ESPERABLES 2023</b>	Definición e inclusión en SIA del identificador de persona residente
<b>RESULTADOS ESPERABLES 2024</b>	Evaluación del proceso y los resultados
<b>INDICADORES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• % de personas residentes atendidas por PAC/PAS</li> <li>• % de personas residentes atendidas por PAC/PAS remitidos con conjunto mínimo de datos</li> <li>• % de personas residentes que acuden (son remitidas) a urgencias hospitalarias, remitidas con conjunto mínimo de datos completo</li> <li>• % de personas residentes hospitalizadas</li> <li>• % de personas residentes remitidas con conjunto mínimo de datos hospitalizadas</li> <li>• % de personas residentes remitidas con conjunto mínimo de datos que son dados de alta a su domicilio/residencia</li> <li>• % de personas residentes remitidas con conjunto mínimo de datos hospitalizadas en UHD</li> </ul>



<b>Proyecto</b>	A7 PREVENCIÓN DE CAÍDAS
<b>Introducción</b>	<p>Las caídas constituyen uno de los síndromes geriátricos más importantes, así como un factor de fragilidad, por su elevada incidencia en personas usuarias de centros residenciales, por las consecuencias que acarrear (lesiones de diferente gravedad, incluso la muerte) y las repercusiones que provocan en la persona usuaria (pérdida funcional, consultas de urgencias, hospitalización, etc.).</p> <p>Ante la prevalencia de este síndrome geriátrico y la morbilidad y mortalidad que genera, se hace necesario monitorizar las caídas, detectar e instaurar medidas de prevención y actuación en los centros residenciales “libres de sujeciones y coerciones”.</p> <p>Este proyecto se basa en las “<i>consideraciones sobre la utilización de sujeciones terapéuticas y contenciones</i>” del DECRETO 27/2023.</p>
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar la incidencia de este tipo de accidentes entre las personas usuarias de centros residenciales y analizar sus causas.</li> <li>• Identificar a aquellas personas residentes con mayor riesgo de caídas y los factores intrínsecos y extrínsecos de riesgo que presentan.</li> <li>• Reducir el número de caídas mediante la aplicación de medidas de prevención.</li> <li>• Educar a la persona residente y al personal que la atiende en la prevención de caídas.</li> <li>• Minimizar las complicaciones potenciales de la caída.</li> </ul>
<b>Acciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborar una guía de prevención de caídas para personas residentes, que incluya al menos: medidas para la detección de personas con riesgo (mediante escalas validadas que evalúen el miedo a caer y los factores de riesgo), identificar factores intrínsecos y extrínsecos, intervención multifactorial, entrenamiento, medidas ambientales, dispositivos tecnológicos...</li> <li>• Algoritmo de actuación ante una caída.</li> <li>• Criterios de derivación a interconsulta hospitalaria.</li> <li>• Programas de intervención multifactorial a aplicar en el PAI.</li> <li>• Registro de caídas sufridas por las personas usuarias dentro y fuera del centro, que permita conocer incidencias, causas y establecer medidas de mejora. Registro en Resiplus y en SIA-Abucasis (mediante hoja de seguimiento, códigos CIE y NANDA...).</li> <li>• Sensibilización y formación de personas residentes y profesionales para la identificación de los factores de riesgo y su prevención.</li> <li>• Aumento de supervisión en salas comunes.</li> <li>• Revisión de patrones de sueño.</li> <li>• Aumento de actividades físicas, cognitivas, sensoriales, lúdicas.</li> </ul>
<b>Responsables</b>	<p>Elaboración y difusión de guía por el grupo técnico de trabajo de CSUSP y CIPI. Formación por el IVAP y la EVES</p>
<b>Resultados esperables 2023</b>	<p>-Conocer la incidencia de caídas en personas usuarias de centros residenciales. -Planificar la elaboración de la guía y la formación</p>
<b>Resultados esperables 2024</b>	<p>Elaboración de una guía de buenas prácticas en la prevención de caídas en centros residenciales Difusión e implementación de la guía elaborada. Formación de los profesionales sociosanitarios, en prevención de caídas. Evaluar el resultado de las acciones sobre las caídas.</p>
<b>Indicadores</b>	<p>-Registro de caídas. -Nº de personas usuarias con riesgo de caídas del centro. -Nº de caídas que no provocan lesión. -Nº de caídas que provocan consulta urgente no grave. -Nº de caídas que provocan hospitalización. -Nº de caídas que provocan fracturas de cadera.</p>

<b>Proyecto</b>	A8 PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESIÓN
<b>Introducción</b>	Una de las consecuencias adversas de los problemas de movilidad de las personas residentes es la aparición de lesiones por presión y las complicaciones que de ellas se derivan. Su repercusión funcional, social, económica, psicológica, etc. requiere de un abordaje integral del cuidado de estas personas desde un prisma de prevención. La identificación de los factores de riesgo de estas lesiones permitirá establecer en el PAI directrices concretas para minimizar su aparición. Aplicar un plan de formación del personal implicado en el cuidado diario servirá de base para la instauración de unos cuidados de calidad.
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer mecanismos de detección precoz de riesgo de aparición de lesiones por presión.</li> <li>• Definir pautas de prevención primaria, secundaria y terciaria de las lesiones por presión.</li> <li>• Reducir la prevalencia de las lesiones por presión.</li> <li>• Prevenir las complicaciones derivadas de las lesiones por presión.</li> <li>• Proteger la propia autoimagen del residente con riesgo de aparición de lesiones por presión.</li> <li>• Eliminar riesgo de lesiones por presión consecuentes a ingresos hospitalarios.</li> <li>• Disminuir costes socio-económicos derivados de la atención y cuidado de lesiones por presión.</li> </ul>
<b>Acciones</b>	<p>Trabajo conjunto del equipo sanitario con EAP y otros del departamento de salud para:</p> <p>Prevención primaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formación continua al personal sanitario de atención directa (centros residenciales, atención primaria y hospitalaria).</li> <li>• Aplicación pautas de prevención de lesiones por presión: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Detección de residentes de riesgo (uso de escalas de valoración, exploración, anamnesis)</li> <li>○ Higiene adecuada y secado minucioso. Libre de humedad.</li> <li>○ Valoración patrón de alimentación y valoración nutricional.</li> <li>○ Valoración función renal y establecer dieta con suplemento proteico.</li> <li>○ Asegurar aporte hídrico.</li> <li>○ Uso de dispositivos anti-escaras con motor de presión alterna (de cama y silla de ruedas).</li> <li>○ Realizar cambios posturales (cada 15' durante sedestación en silla de ruedas, cada 2 horas durante períodos de cama).</li> <li>○ Proteger zonas de prominencias óseas.</li> <li>○ Valorar tipo de incontinencia para evitar dispositivos de absorción cuando no es necesario.</li> <li>○ Asegurar acompañamiento al WC cuando hay riesgo.</li> <li>○ Paseos terapéuticos supervisados o con acompañamiento si precisa.</li> </ul> </li> </ul> <p>Prevención secundaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Detectar fase de la lesión.</li> <li>• Aplicación del tratamiento adecuado a la fase (uso correcto de apósitos).</li> <li>• Mantener grado de humedad idóneo en lecho de la lesión.</li> <li>• Proteger piel periucleral.</li> <li>• Mantener medidas de prevención primaria.</li> <li>• Control de la infección.</li> <li>• Control grado exudativo y olor (evitar aislamiento).</li> </ul> <p>Prevención terciaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantenimiento medidas de prevención primaria y secundaria.</li> <li>• Detectar signos y síntomas de padecimiento de dolor.</li> <li>• Detección síntomas de aislamiento social y/o depresión.</li> </ul>
<b>Responsables</b>	• Equipo sanitario de centros residenciales, atención primaria y hospitalaria.
<b>Resultados esperables (2023)</b>	• Completar objetivos y acciones del proyecto en cada departamento
<b>Resultados esperables (2024)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducción índice de prevalencia.</li> <li>• Impacto económico.</li> </ul>

<b>Indicadores</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevalencia de lesiones en centros residenciales.</li> <li>• % de lesiones por presión de aparición en ámbito hospitalario.</li> <li>• RESIPLUS</li> </ul>
--------------------	---

<b>Proyecto</b>	A9 ATENCIÓN A RESIDENTES CON MOVILIDAD REDUCIDA
<b>Introducción</b>	<p>Este proyecto pretende establecer líneas de trabajo común aplicables a todas las personas con carencias en la movilidad voluntaria.</p> <p>Las consecuencias derivadas del síndrome de inmovilización suponen la afectación íntegra de la persona en lo funcional, físico, nutricional, locomotor, vascular, respiratorio, nervioso, cognitivo, emocional, socio-familiar y económico. Por ello se considera necesario disponer de una guía de actuación coordinada con criterios comunes que garantice el cuidado de la persona con movilidad reducida.</p>
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer pautas de actuación unificadas ante un residente con movilidad reducida.</li> <li>• Disminuir índices de prevalencia de complicaciones.</li> <li>• Mejorar el confort y calidad de vida de la persona afectada.</li> </ul>
<b>Acciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer unas pautas comunes de actuación integral para reducir la variabilidad en los cuidados</li> <li>• Establecer el plan de cuidados a la persona con movilidad reducida como parte de su PAI <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adaptar ejercicios de fisioterapia según las indicaciones del PAI</li> <li>• Evitar encamamientos prolongados</li> <li>• Uso de dispositivos como sillones relax en salas comunes</li> <li>• Evitar aislamiento social</li> <li>• Actividades sensoriales y de estimulación cognitiva</li> </ul> </li> <li>• Formación y sensibilización al profesional sanitario en el manejo de estos residentes</li> </ul>
<b>Responsables</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Profesionales sanitarios de residencias, en particular fisioterapia, enfermería y personal auxiliar.</li> <li>• Profesionales sanitarios de equipo de atención primaria y hospitalaria.</li> </ul>
<b>Resultados esperables 2023</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisar la forma de identificar a las personas con movilidad reducida en Resiplus y en SIA-Abucasis (códigos CIE y NANDA...)</li> </ul>
<b>Resultados esperables 2024</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducir complicaciones derivadas de la movilidad reducida.</li> <li>• Reducir prevalencia de lesiones por presión.</li> </ul>
<b>Indicadores</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nº de residentes con movilidad reducida.</li> <li>• Seguimiento de incidencia y prevalencia de complicaciones.</li> </ul>

<b>Proyecto</b>	A10 ATENCIÓN LIBRE DE SUJECIONES Y COERCIONES.
<b>Introducción</b>	<p>El <i>DECRETO 27/2023</i> regula las sujeciones terapéuticas y contenciones, entendiendo la sujeción como el procedimiento destinado a limitar, restringir o impedir que una persona traspase un límite físico, psíquico o emocional; y la contención como una medida de control del comportamiento a través de una limitación externa al sujeto, ejercida por terceros con medios físicos o químicos.</p> <p>La eliminación de sujeciones físicas requiere modificaciones ambientales que generen un entorno favorable para la independencia funcional y la dignidad del residente. Las alternativas pueden implicar dispositivos de seguridad ambiental que disminuyan el riesgo de caídas (tecnología en camas eléctricas ultrajabas, telas antideslizantes, modificaciones en la estructura de sillones, programas de entrenamiento y uso de dispositivos para la marcha, recuperación y entrenamiento funcional, eliminación de barreras arquitectónicas, inversión en iluminación nocturna, sensores de presión en cama, timbres llamadores inalámbricos, entre otros. Por otra parte, es necesario trabajar con los equipos la flexibilización de roles, que favorecen el cumplimiento y mantenimiento del propósito común que es mejorar la calidad de vida de las personas que viven en la residencia y aumento de supervisión de los profesionales. Importancia de formación a las familias y a los profesionales sociosanitarios sobre una nueva metodología de los cuidados</p> <p>Para promover y defender el respeto por los derechos fundamentales de las personas usuarias, tales como la dignidad, la libertad y el cuidado humanizado, mejorando su calidad de vida y autonomía, es necesario implementar programas que capaciten al personal con intervenciones alternativas al uso de sujeciones, manejo no farmacológico de síntomas conductuales, trabajando la empatía, el respeto por la autonomía y la libertad como derecho.</p>
<b>Objetivos</b>	-Diseñar una guía de buenas prácticas para establecer criterios de eliminación de uso de sujeciones para una atención libre de coerciones y generar un cambio cultural, adaptado a residencias para personas mayores y con diversidad funcional intelectual y física.
<b>Acciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollar una guía de buenas prácticas, identificando ítems y criterios, que facilite y provea a los centros de pautas, medidas y técnicas para la elaboración del plan de eliminación y gestión de sujeciones de los centros sociosanitarios, basada en: <ul style="list-style-type: none"> <li>-Las actuaciones o medidas que se consideran sujeción física o mecánica.</li> <li>- Los medicamentos y dosis cuya administración se considere sujeción química.</li> <li>-Las intervenciones que favorezcan la autonomía personal, la independencia funcional, el bienestar y la participación de las personas usuarias que tienen necesidad de apoyos.</li> <li>-Los productos de apoyo y tecnológicos para favorecer la autonomía, la independencia, el bienestar y la seguridad (Catálogo de productos actualizados y homologados).</li> <li>-Mejoras relacionadas con el entorno residencial de la persona, actuaciones ambientales dirigidas a favorecer la accesibilidad, etc.</li> <li>-Innovaciones organizativas, metodológicas que favorezcan adaptaciones en los sistemas de organización y gestión de los centros y recursos.</li> </ul> </li> <li>• Sensibilización/formación a los profesionales de las residencias sobre los riesgos de las sujeciones, sus consecuencias físicas, psicológicas y emocionales, así como el uso de alternativas de cuidado.</li> <li>• Realizar una Jornada de atención libre de sujeciones, creando un espacio de debate.</li> <li>• Aumento de supervisión en salas comunes por parte de los profesionales sanitarios de la residencia</li> </ul>
<b>Responsables</b>	Elaboración y difusión de guía por la VICIPI (DG e Inspección) y la CSUSP. Formación a los profesionales por el IVAP y EVES.
<b>Resultados esperables 2023</b>	-Protocolo de uso de medidas de sujeción, incluyendo la comunicación al Ministerio Fiscal. -Registro de personas con sujeción, tipo, profesional que prescribe y temporalización.
<b>Resultados esperables 2024</b>	-Difusión e implementación de la guía de buenas prácticas elaborada para la implementación de programas de eliminación y gestión de sujeciones en los centros residenciales. -Sensibilización del personal de centros sociosanitarios.
<b>Indicadores</b>	Registro con datos de las personas que están sometidas a sujeción. Mantener el resultado sujeciones cero, teniendo como indicadores de monitoreo tasa de caídas y lesiones por caídas, ratio de personal, uso de antipsicóticos y capacitación de los profesionales.

<b>Proyecto</b>	A11 CIRCUITO ASISTENCIAL DE ATENCIÓN A LOS SÍNTOMAS PSICOCONDUCTUALES DE LA DEMENCIA
<b>Introducción</b>	Entre el 50-60% de las personas residentes están diagnosticados de demencia, siendo el tipo más prevalente la enfermedad de Alzheimer (90%). Los síntomas psicológicos y conductuales se asocian a la demencia (SPCD) en un 70-90% de los casos, especialmente en fases avanzadas de la enfermedad, cuando precisamente el paciente tiene más probabilidades de ser ingresado en una residencia. Por tanto los SPCD son muy prevalentes dentro de un proceso también prevalente en población de residencias lo que conlleva a una elevada prescripción de psicofármacos con la consecuente cascada de prevalencia de síndromes geriátricos, especialmente caídas, deterioro funcional y polifarmacia.
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementar medidas terapéuticas no farmacológicas que permitan un adecuado control conductual sin necesidad de usar psicofármacos o usándolos a la menor dosis posible</li> <li>• Promover actividades de estimulación cognitiva</li> <li>• Facilitar la des-prescripción de psicofármacos y fármacos anticolinérgicos</li> <li>• Aumentar la capacidad resolutoria del personal de las residencias frente a los SPCD</li> <li>• Facilitar el acceso a atención especializada en los casos de trastorno conductual complejo y promover la teleconsulta para ajuste terapéutico...</li> <li>• Formación a psicólogos, personal auxiliar de enfermería y trabajadores sociales de residencias</li> </ul>
<b>Acciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incluir en la valoración de los residentes la identificación de necesidades relacionadas con la situación cognitiva y emocional, incluidos los SPCD</li> <li>• Promover medidas higiénico-dietéticas para evitar la prescripción y promover la deprescripción de psicofármacos y fármacos anticolinérgicos</li> <li>• Monitorizar la situación funcional, especialmente capacidad de deambulación, de residentes con toma de psicofármacos o con nueva prescripción de estos, de forma que se favorezca el mantenimiento funcional y se reduzca el riesgo de caídas</li> <li>• Uso compartido de escalas (Yesavage, Goldberg, Mini Mental, Lobo, Test del reloj, Pfeiffer)</li> <li>• Establecer protocolo asistencial sin desplazamiento de la persona residente que permita el estudio etiológico precoz de pacientes con descompensación aguda de la conducta</li> <li>• Coordinar equipo sanitario de residencia y del SVS para abordar casos complejos (teleconsulta, evaluación dirigida en urgencias, hospitalización programada...)</li> <li>• Dar acceso a poder consultar a psicólogos de atención especializada o cursos formativos dirigidos a la atención de alteraciones conductuales.</li> </ul>
<b>Responsables</b>	Grupo de trabajo técnico de CSUSP y CIPI. Personal de las residencias.
<b>Resultados esperables 2023</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementar la teleconsulta para SCPD</li> <li>• Describir procedimiento inicial de desarrollo del concepto de residencia sin sujeciones (físicas, farmacológicas o químicas) favoreciendo la convivencia exterior, la movilidad y el máximo respecto del ciclo sueño-vigilia</li> </ul>
<b>Resultados esperables 2024</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducción prescripción de psicofármacos y deprescripción completa (100%) de fármacos con carga anticolinérgica</li> <li>• Evitar la derivación de residentes con Demencia GDS 7 al hospital (salvo casos seleccionados),</li> <li>• Incluir a los residentes con diagnóstico de demencia, SPCD y toma de psicofármacos con movilidad preservada en programas de fisioterapia o movilización activa</li> </ul>
<b>Indicadores</b>	<p>Tasa de personas residentes con diagnóstico de demencia</p> <p>Tasa de personas residentes con SPCD/ personas residentes con demencia</p> <p>Tasa de reducción de prescripción de psicofármacos</p> <p>Tasa de reducción de prescripción de fármacos anticolinérgicos</p> <p>Tasa de caídas/ personas residentes con demencia</p> <p>Tasa de derivación a hospital/ personas residentes con demencia</p> <p>Tasa de e-consultas en personas residentes con demencia</p>

<b>Proyecto</b>	A12 CIRCUITO ASISTENCIAL PROBLEMAS DE SALUD MENTAL GRAVES O CONDUCTAS ADICTIVAS
<b>Introducción</b>	El incremento de problemas de salud mental grave y conductas adictivas en personas residentes y su difícil manejo en el contexto residencial sin que llegue a afectar al clima de convivencia con los demás residentes es un reto que requiere ser abordado desde un prisma multidisciplinar y de coordinación entre diferentes equipos. Este proyecto pretende establecer esos mecanismos de comunicación y coordinación entre los profesionales de salud mental y el equipo sanitario de los centros residenciales.
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducir y controlar los problemas de salud mental graves y conductas adictivas en el propio entorno residencial.</li> <li>• Disminuir hospitalizaciones evitables por estas causas.</li> <li>• Establecer mecanismos de comunicación y coordinación entre la residencia y los servicios de salud mental y conductas adictivas del SVS.</li> <li>• Detectar precozmente situaciones de riesgo y reagudizaciones.</li> <li>• Mejorar la calidad asistencial del residente con problemas de salud mental graves o conductas adictivas. Por ende, mejorar los estados de convivencia residencial con otras personas.</li> </ul>
<b>Acciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer mecanismos de comunicación y criterios de interconsulta y derivación a servicios de salud mental y conductas adictivas.</li> <li>• Valoración inicial y reajuste de tratamiento para control de síntomas en el propio centro, como parte del PAI.</li> <li>• Control y seguimiento periódico conjunto con los servicios de salud mental y conductas adictivas.</li> <li>• Formación y sensibilización al personal sanitario implicado en este proyecto.</li> </ul>
<b>Responsables</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo sanitario de la residencia, en particular el facultativo.</li> <li>• Servicios de salud mental y conductas adictivas del departamento de salud</li> </ul>
<b>Resultados esperables 2023</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mecanismos de comunicación y criterios de interconsulta y derivación entre profesionales de las residencias y servicios de salud mental y conductas adictivas.</li> <li>• Plan de formación de profesionales (EVES/IVAP)</li> </ul>
<b>Resultados esperables 2024</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminución del número de ingresos hospitalarios evitables de residentes con problemas de salud mental grave y conductas adictivas.</li> <li>• Mejora de la convivencia en entornos residenciales.</li> </ul>
<b>Indicadores</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes con problemas de salud mental grave o conductas adictivas en seguimiento compartido entre profesionales de las residencias y servicios de salud mental y conductas adictivas</li> <li>• Ingresos hospitalarios evitables de residentes con problemas de salud mental y conductas adictivas.</li> </ul>

<b>Proyecto</b>	A13 BROTOS VIRUS RESPIRATORIOS
<b>Introducción</b>	En mayo de 2023, la OMS dejó de considerar la COVID-19 una Emergencia de Salud Pública de Importancia internacional. Sin embargo, el SARS-CoV-2 continúa circulando y, como otros virus respiratorios, puede tener un impacto en la salud, en particular de personas con alto riesgo de complicaciones asociadas, como son quienes viven en residencias para personas mayores y con discapacidad, entornos cerrados y con población vulnerable por su edad y condiciones de salud.
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proteger a las personas más vulnerables de las infecciones de transmisión respiratoria</li> <li>• Reforzar las recomendaciones dirigidas a la prevención de estas infecciones en las residencias durante la temporada de mayor incidencia de virus respiratorios</li> </ul>
<b>Acciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilancia epidemiológica de acuerdo con las Estrategias del SNS</li> <li>• Elaborar y difundir recomendaciones de medidas preventivas en las residencias</li> <li>• Formación de profesionales de las residencias (EVES en línea)</li> </ul>
<b>Responsables</b>	DGAS y DGSPA-Epidemiología
<b>Resultados esperables 2023</b>	Recomendaciones actualizadas
<b>Resultados esperables 2024</b>	Curso EVES 2024 Prevención y control de infecciones respiratorias agudas en residencias
<b>Indicadores</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Documentos actualizados</li> <li>• Curso. Participantes.</li> </ul>

<b>Proyecto</b>	A14 CUIDADOS PALIATIVOS. ATENCIÓN AL PACIENTE TERMINAL. ACOMPAÑAMIENTO DE MUERTE Y DUELO
<b>Introducción</b>	La atención al paciente terminal constituye el conjunto de actuaciones encaminadas a proporcionar cuidados paliativos totales, activos y continuados, que mejoren la calidad de vida de las personas residentes y sus familias cuando la enfermedad es avanzada, progresiva, incurable y sin posibilidad de respuesta a tratamiento específico y/o ante la muerte inminente. Dichas actuaciones engloban en la mayoría de los casos el período de duelo.
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantizar una atención integral y de calidad tanto a los residentes en situación terminal como a sus familiares en los aspectos: bio-médicos, psicológico emocionales, sociales y espirituales, incluyendo el apoyo en el duelo.</li> <li>• Garantizar la dignidad y el respeto a los aspectos bioéticos, especialmente la autonomía.</li> <li>• Fomentar la utilización del Documento de Voluntades Anticipadas.</li> <li>• Creación de espacios íntimos en los centros para acompañamiento de familiares de residentes en situación de últimos días.</li> </ul>
<b>Acciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar al ingreso en la residencia de la importancia de definir las voluntades anticipadas.</li> <li>• Establecer protocolo de actuación que incluya: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Detección de situaciones terminales</li> <li>• Comunicación a la familia</li> <li>• Cuidados sanitarios básicos y avanzados</li> <li>• Apoyo psicológico a la familia.</li> </ul> </li> <li>• Garantizar un espacio digno e íntimo para acompañar al paciente.</li> <li>• Dotar. Definir y proveer el material necesario para el correcto abordaje paliativo. Debe incluir la capacidad de inducir sedación</li> <li>• Formar el equipo sanitario de la residencia en cuidados paliativos; integrado su personal sanitario y el equipo de atención primaria correspondiente.</li> </ul>
<b>Responsables</b>	El equipo sanitario de la residencia con un enfoque multidisciplinar será el responsable de los aspectos de tratamiento y cuidados físicos. Trabajo social y psicología velarán por la atención de los aspectos de apoyo e intimidad. Contarán con el apoyo de la unidad de hospitalización a domicilio para los cuidados paliativos avanzados.
<b>Resultados esperables 2023</b>	Formación EVES
<b>Resultados esperables 2024</b>	Implantación de las acciones: garantizar, formar, dotar, protocolizar e informar.
<b>Indicadores</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protocolo de actuación en la formación</li> <li>• Cursos y participantes</li> </ul>



## O. Proyectos organizativos

<b>Proyecto</b>	O1 COMISIONES DEPARTAMENTALES DE CONTROL Y MEJORA DE LA ATENCIÓN SANITARIA A RESIDENTES EN CENTROS RESIDENCIALES DE SERVICIOS SOCIALES
<b>Introducción</b>	<p>Ante la situación sanitaria ocasionada por la Covid-19 en el ámbito de la Comunitat Valenciana y su impacto entre las personas vulnerables en centros residenciales se hizo necesaria la adopción de medidas relativas a centros de servicios sociales de carácter residencial.</p> <p>Estas medidas organizativas y de coordinación, orientadas al control de la transmisión, a reducir el riesgo de enfermar y a proporcionar una mejor atención sanitaria de la Covid en residentes de centros de personas mayores, se hicieron efectivas con la implantación organizativa de la Comisión de control de centros residenciales del departamento (RESOLUCIÓN de 20 de junio de 2020, de la consellera de Sanidad Universal y Salud Pública, de adopción de medidas relativas a centros de servicios sociales de carácter residencial ante la situación sanitaria ocasionada por la Covid-19, en el ámbito de la CV).</p> <p>El reconocimiento del adecuado funcionamiento de esta estructura en la pandemia ahonda en la necesidad de promover su consolidación conservando las funciones iniciales y ampliando a otras funciones y adaptándolo a las residencias de personas con discapacidad y problemas de salud mental, aprovechando la infraestructura generada y continuando la coordinación entre la CSUSP y la CIPI.</p>
<b>Objetivos</b>	<p>Garantizar la atención sanitaria en centros residenciales de mayores en donde reside población vulnerable a Covid y otras enfermedades infecciosas.</p> <p>Dotar de carácter permanente a las comisiones departamentales de control de centros residenciales frente a Covid-19, modificando sus funciones y su composición para adaptarlas a la situación actual.</p>
<b>Acciones</b>	<p>-Propuesta de marco normativo que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Modifique y amplíe las funciones de la actual Comisión departamental en lo referido a la mejora en la atención sanitaria.</li> <li>- Establezca una estructura entre ambas Consellerías de las que partirán las directrices y la resolución de incidencias y alertas sanitarias constituida por técnicos de los servicios competentes en la CSUSP y CIPI.</li> </ul> <p>-Establecer indicadores de evaluación de la atención sanitaria en los centros residenciales.</p>
<b>Responsables</b>	CSUSP y CIPI
<b>Resultados esperables 2023</b>	<p>Propuesta de marco normativo</p> <p>Comisiones de control y mejora de la atención sanitaria a residentes en centros residenciales de servicios sociales en todos los departamentos.</p> <p>Indicadores de evaluación de la atención sanitaria</p>
<b>Resultados esperables 2024</b>	Informe de evaluación CV
<b>Indicadores</b>	Ver proyecto O5.

<b>Proyecto</b>	O2. PLAN FUNCIONAL DE RESIDENCIA PARA COORDINACIÓN DE ATENCIÓN SOCIAL Y SANITARIA
<b>Introducción</b>	<p>La coordinación de la atención social y sanitaria en los centros residenciales sociosanitarios está regulada tanto por la normativa estatal como por la autonómica (ver anexo). La Resolución 28 de julio de 2022 de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, de criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del sistema para la autonomía y atención a la dependencia, en el apartado <i>Coordinación para la atención social y sanitaria</i>, establece que: <i>“Las administraciones autonómicas ... asegurarán que cada centro residencial acreditado disponga de un plan funcional de coordinación que elaborará conjuntamente con el sistema sanitario público ... correspondiente a la zona o área donde se ubique el centro, tanto para el nivel de la atención primaria como para la atención ambulatoria y hospitalaria... Los centros de atención residencial que superen las 30 plazas acreditadas deberán contar con profesionales que realicen las funciones de coordinación y enlace con el sistema sanitario público y supervisión de las pautas de cuidados. Cuando el centro supere las 75 plazas, las funciones descritas deberán ser asumidas por personal sanitario.”</i></p> <p>Este proyecto se dirige a la elaboración de un Plan funcional de coordinación para la atención social y sanitaria en cada centro residencial para personas mayores, con diversidad funcional y problemas de salud mental de la CV.</p>
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mejorar la coordinación entre la atención social y la atención sanitaria en las residencias mediante planes funcionales en cada centro residencial.</li> <li>▪ Normalizar/protocolizar la atención sanitaria de las personas residentes, en función de sus necesidades y siguiendo el modelo de atención centrada en la persona.</li> <li>▪ Articular medidas para que el sistema social y el sanitario mejoren el intercambio de información y la interoperabilidad de documentos clínicos.</li> </ul>
<b>Acciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Establecer las líneas generales, instrumentos y circuitos de coordinación sociosanitaria permanentes, que deben formar parte de los planes funcionales de las residencias</li> <li>▪ Impulsar la elaboración y posterior implantación de un Plan funcional de coordinación conjunta entre el sistema social y sanitario de la CV en las residencias.</li> <li>▪ Establecer las responsabilidades y tareas que corresponden a los profesionales sanitarios del equipo sanitario de la residencia y del SVS (Equipo Atención Primaria, PAC, UHD...).</li> <li>▪ Seguimiento y evaluación de las medidas articuladas.</li> </ul>
<b>Responsables</b>	Grupo técnico de trabajo CIPI-CSUSP. Comisiones de departamento. Residencias.
<b>Resultados esperables 2023</b>	Elaboración final y divulgación de las líneas generales del Plan funcional de residencia para la coordinación de la atención social y sanitaria.
<b>Resultados esperables 2024</b>	Implantación progresiva del Plan funcional de residencia de coordinación atención social y sanitaria: Que cada centro residencial sociosanitario implante el plan.
<b>Indicadores</b>	-Nº residencias que tienen elaborado el plan de coordinación sociosanitaria. -Nº residencias que tienen implantado el plan de coordinación sociosanitaria.

<b>Proyecto</b>	O3. PERSONAS HOSPITALIZADAS QUE AL ALTA NECESITAN RECURSOS SOCIALES
<b>Introducción</b>	<p>En ocasiones, durante un ingreso hospitalario se identifica una situación de necesidad social de cuidados tras el alta hospitalaria. Es necesario mejorar la coordinación de servicios sanitarios y sociales en la respuesta a estos casos y en su detección temprana.</p> <p>Se trata de favorecer el acceso de las personas que tras un ingreso hospitalario requieren cuidados domiciliarios a prestaciones sociales (SAD, menjar a casa, apoyo a autonomía, centros de día, prestación económica de sustitución o vinculada, plaza residencial...), potenciando las herramientas de que disponen las trabajadoras sociales de los hospitales y el personal sanitario en general.</p> <p>Durante 2023 se ha constituido un grupo de trabajo con técnicos de la VICIPI y la CSUSP dedicado a esta cuestión.</p>
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocer con precisión la valoración de la dependencia y las posibilidades de prestaciones sociales, por parte de profesionales hospitalarios, pacientes y familiares.</li> <li>• Mejorar la identificación en las personas hospitalizadas en situación de emergencia social y, especialmente, de urgencia sociosanitaria. Definición y circuito de activación.</li> <li>• Mejorar el acceso desde los hospitales a los sistemas de información de la dependencia de la VICIPI para facilitar la identificación de la situación social en la que se encuentra el paciente.</li> <li>• Promover la identificación precoz de estos pacientes en el momento del ingreso que permita comenzar a trabajar en la resolución del caso con una planificación del alta.</li> </ul>
<b>Acciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer conjuntamente (VICIPI y CSUSP) el procedimiento de actuación ante estas situaciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación y alerta de personas hospitalizadas que requerirán una intervención urgente por parte de los servicios sociales.</li> <li>• Definición de emergencia social y urgencia sociosanitaria.</li> <li>• Mejorar el acceso a la aplicación de atención a la dependencia (ADA) por parte de los trabajadores sociales de los hospitales del SVS para conocer si el ciudadano tiene (o no) solicitada valoración de dependencia, si tiene (o no) asignado grado y si le han concedido prestaciones sociales. Con ello se facilita el flujo de información entre ambas consellerias para una acción más precisa y sin dilaciones.</li> <li>• Incluir en el informe de alta hospitalaria la información suficiente (conjunto mínimo de datos) para que un trabajador social del centro de salud inicie o siga el procedimiento de valoración o asignación de recursos.</li> <li>• Informar adecuadamente a pacientes ingresados y familiares de prestaciones sociales y sus procedimientos de acceso.</li> </ul> </li> <li>• Desarrollar el procedimiento para el acceso de estos pacientes a estancias temporales en residencias o centros de día para <i>“apoyo a las personas cuidadoras por situaciones sociales y sanitarias sobrevenidas”</i> (AFTER-Decreto 27/2023) y estudiar otras alternativas de estancias temporales por situaciones sanitarias sobrevenidas.</li> <li>• Formación para acceso a ADA de los trabajadores sociales de los hospitales. Si fuera posible que los trabajadores sociales de los hospitales del SVS realicen la valoración de dependencia (bien aplicando el artículo 9.2 del Decreto 102/2022 <i>“excepcionalmente ...cuando en el caso concreto concurren circunstancias especiales”</i> o bien modificándolo), se realizarán los cursos de la EVES necesarios.</li> </ul>
<b>Responsables</b>	Grupo de trabajo de VICIPI y CSUSP para la intervención sobre personas hospitalizadas que al alta necesitan recursos sociales de apoyo para sus cuidados.
<b>Resultados esperables 2023</b>	Informe final del grupo de trabajo Propuesta Plan de formación EVES 2024
<b>Resultados esperables 2024</b>	Curso <i>“Gestión de la dependencia en el ámbito sanitario”</i> . 3 cursos de 20 horas cada uno permitirían la formación de 60 trabajadores sociales de hospitales, suficiente para garantizar un acceso permanente.
<b>Indicadores</b>	Por definir en el grupo de trabajo

<b>Proyecto</b>	O4. ACOMPAÑAMIENTO POR VOLUNTARIADO PARA ACCESO A ATENCIÓN SANITARIA Y HOSPITALIZACIÓN
<b>Introducción</b>	<p>Se detecta la necesidad de acompañamiento para el acceso a la atención sanitaria y hospitalización de las personas residentes sin familiares, allegados o medios para remunerarlo.</p> <p>El voluntariado aparece regulado por parte de la VICIPI en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>LEY 3/2019, de 18 de febrero, de la Generalitat, de Servicios Sociales Inclusivos de la Comunitat Valenciana. Artículo 103. Del voluntariado</i></li> </ul> <p>Además, se convocan ayudas a través de las siguientes órdenes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>ORDEN 5/2015, de 23 de octubre, de la VICIPI, de bases reguladoras de subvenciones para la financiación de proyectos y actividades de promoción y fomento del voluntariado en la Comunitat Valenciana.</i></li> <li>• <i>Orden 8/2019, de 7 de septiembre, de la VICIPI, de bases reguladoras para la concesión de subvenciones dirigidas a la realización de programas de interés general para atender a fines de carácter social, con cargo al tramo autonómico de la asignación tributaria del 0,7 por 100 del IRPF. Eje 15. Intervención del voluntariado. Finalidad: Promoción y apoyo a las actuaciones desarrolladas por las personas voluntarias de la entidad, ejerciendo una intervención directa con las personas o los grupos en cualesquiera de los colectivos recogidos en los ejes de esta convocatoria con la finalidad de promover el bienestar personal y alcanzar una mejor calidad de vida.</i></li> </ul> <p>Este proyecto pretende sistematizar el proceso de acompañamiento del residente a los centros sanitarios y durante la atención sanitaria o el ingreso, mediante voluntariado.</p>
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer un proceso que garantice el acompañamiento del residente: <ul style="list-style-type: none"> <li>• durante el traslado de residencia a centro sanitario</li> <li>• durante la atención programada o de urgencias en centro sanitario</li> <li>• durante el ingreso en un centro hospitalario</li> </ul> </li> <li>• Facilitar la estancia y mitigar la sensación de soledad de la persona mayor, en el centro sanitario, en particular en el hospital.</li> </ul>
<b>Acciones</b>	Impulsar por parte de las administraciones con competencias en Sanidad y en Servicios Sociales el fomento, la promoción y el apoyo de las entidades del voluntariado mediante subvenciones especializadas en acompañamiento de los residentes para el acceso a la atención sanitaria y hospitalización, con criterios coordinados.
<b>Responsables</b>	Grupo de trabajo técnico CSUSP-CIPI
<b>Resultados esperables 2023</b>	Que por parte de las administraciones con competencias en Sanidad y en Servicios Sociales se prevean subvenciones en materia de voluntariado para el acompañamiento del residente al centro hospitalario y durante la visita o el ingreso.
<b>Resultados esperables 2024</b>	Que se convoquen las subvenciones en materia de voluntariado para el acompañamiento del residente al centro hospitalario y durante la visita o el ingreso. Que esté sistematizado el proceso para el acompañamiento del residente al centro hospitalario y durante la visita o el ingreso, mediante voluntariado.
<b>Indicadores</b>	Nº entidades de voluntariado que dan servicio al acompañamiento de los residentes para el acceso a la atención sanitaria y hospitalización Cuantía y origen de las subvenciones

<b>Proyecto</b>	O5. INDICADORES DE ATENCIÓN SANITARIA A PERSONAS RESIDENTES
<b>Introducción</b>	<p>La CIPI tiene entre sus competencias evaluar la atención prestada en las residencias, de acuerdo con la normativa autonómica y estatal.</p> <p>Por su parte la CSUSP lleva a cabo el seguimiento y evaluación de la atención sanitaria en la CV.</p> <p>Se considera necesario llevar a cabo una evaluación conjunta la atención sanitaria prestada a las personas residentes.</p>
<b>Objetivos</b>	Establecer los indicadores necesarios para el seguimiento y evaluación de la atención sanitaria prestada a las personas residentes en centros de mayores, con discapacidad y con problemas de salud mental.
<b>Acciones</b>	<p>Desarrollo de indicadores y del cuadro de mando en Alumbra</p> <p>Incorporar en Alumbra el análisis de actividad sanitaria para el colectivo de residentes</p> <p>Áreas básicas de información a recoger:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Notificaciones de la Residencia a AP</li> <li>Exitus en residencia</li> <li>Asistencias a sesiones al centro de salud del equipo de Residencia</li> <li>Satisfacción de usuarios y familiares</li> <li>Satisfacción de profesionales</li> </ul>
<b>Responsables</b>	DGAS y VICIPI
<b>Resultados esperables 2023</b>	Definición de indicadores y propuesta de cuadro de mando en Alumbra
<b>Resultados esperables 2024</b>	<p>Cuadro de mando en sistema de información de VICIPI</p> <p>Cuadro de mando en Alumbra</p> <p>Informe de evaluación 2023-2024, conjunto de CIPI-CSUSP</p>
<b>Indicadores</b>	<p>Desarrollo de indicadores: Definiciones precisas y fuentes de datos.</p> <p>% personas residentes con valoración de escalas (Barthel, Pfizer, Apgar familiar, ICD-PaI, NECPAL...) para planificar un PAI, entre los ingresados en residencias</p> <p>% de residentes con 3 o más hospitalizaciones al año</p> <p>Nº asistencias atención primaria</p> <p>Nº hospitalizaciones</p> <p>Nº asistencias PAC</p> <p>Nº hospitalizaciones UHD</p> <p>% de residentes con 3 o más asistencias en SUH al año</p> <p>% hospitalizaciones en pacientes paliativos</p> <p>Nº residentes con polifarmacia (&gt;4)</p> <p>Nº residentes con polifarmacia severa (&gt;10)</p> <p>Consumo de antibióticos sistémicos</p> <p>% residentes con suplementación nutricional enteral oral</p> <p>% residentes vacunados de Covid y gripe</p> <p>Encuesta de satisfacción de residentes</p> <p>Encuesta de satisfacción de familiares</p> <p>Nº sesiones formativas/de atención continuada conjuntas entre profesionales de residencias y de EAP</p> <p>Nº medicamentos (principio activo) no incluidos en la GFT de tratamientos con antibióticos de uso hospitalario</p> <p>Nº tratamientos con carga anticolinérgica elevada</p> <p>Nº personas residentes con demencia con antipsicótico parenteral depot</p> <p>Nº personas residentes con algún medicamento PPI</p> <p>SINEA: sistema para registro de eventos adversos</p>

## I. Proyectos de sistemas de información

<b>Proyecto</b>	I1. HISTORIA SOCIAL ÚNICA SISHU (PROYECTO SOCYSAN)
<b>Introducción</b>	<p>Actualmente la CV dispone de un sistema para la gestión de la historia sanitaria electrónica única y diferentes sistemas con diferente grado de implantación que dan cobertura de una manera incompleta y poco integrada a la historia social, de tal manera que no existe una historia social electrónica única.</p> <p>El ámbito social y el ámbito de la salud están fuertemente relacionados, siendo necesario que ambos sistemas (sistema de servicios sociales y sistema sanitario) compartan información para ofrecer una visión completa de la persona que permita dar la atención especializada más adecuada, así como facilitar la gestión óptima de los recursos disponibles.</p> <p>Por ello, la Generalitat Valenciana, (CIPI, CSUSP, y CHME\DGTIC), ha impulsado el proyecto SOCYSAN con el objetivo de construir un sistema de información con una visión holística de las personas. El proyecto permitirá mejorar la atención social y de su salud al permitir la interoperabilidad de la información en estos sectores.</p> <p>El contrato administrativo (Expte-581/2021) se inició en septiembre del 2022 con una duración de cuatro años.</p> <p>Este proyecto tiene como hitos importantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Construcción del Sistema de Información de Personas Usuarías en Servicios Sociales (SISHU). Acceso basado en SIP</li> <li>• Interoperabilidad con sistemas de información de la CIPI.</li> <li>• Migración de datos desde los sistemas de información de servicios sociales a SISHU.</li> <li>• Evolución del Sistema de Información para consolidar SOCYSAN, interoperabilidad e integración con sistemas de información de la CSUSP.</li> <li>• Migración de datos desde los sistemas de información sanitarios SOCYSAN</li> <li>• Implantación escalonada de SOCYSAN.</li> <li>• Soporte a la construcción de indicadores sociales y sanitarios en el BI (Business Intelligence) de la CSUP.</li> </ul>
<b>Objetivos</b>	<p>-Identificación y definición del intercambio de información de los procesos requeridos en ambos sectores que garanticen la mejor atención sanitaria a las residencias de mayores y su aportación al proyecto SOCYSAN</p> <p>-Facilitar el trabajo en equipo en el PAI</p>
<b>Acciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación de los procesos de intercambio de información requeridos entre las residencias de mayores y los centros sanitarios.</li> <li>• Definir el mapa y flujos de procesos entre las residencias de mayores y los centros sanitarios.</li> <li>• Definir indicadores sociales y sanitarios</li> </ul>
<b>Responsables</b>	Técnicos y funcionales definidos en Contrato (CIPI, CSUSP, DGTIC) DGAS- DGPM
<b>Resultados esperables 2023</b>	Identificación de procesos de intercambio de información entre los dos ámbitos (social y sanitario)
<b>Resultados esperables 2024</b>	Definición de Mapa de procesos de intercambio de información entre los dos ámbitos (social y sanitario) Acceso a Nébula (Orden 2/2021 y el Decreto 42/2021)
<b>Indicadores</b>	Dicotómico

<b>Proyecto</b>	I2 DATOS MÍNIMOS EN SIA
<b>Introducción</b>	Se plantea la necesidad de recoger en SIA-Abucasis unos datos mínimos comunes que permitan conocer el estado de salud del residente a tiempo real, con el objetivo de que se pueda tomar la mejor decisión en salud en cualquier nivel asistencial.
<b>Objetivos</b>	Establecer comunicación entre el equipo sanitario del centro residencial y los profesionales sanitarios del SVS, en particular el equipo de atención primaria responsable de la persona residente, mediante unos datos mínimos incorporados en SIA que permitan conocer el estado real del residente para la toma de decisiones conjuntas, como parte del plan de atención individualizado (PAI) compartido.
<b>Acciones</b>	<p>Definir los datos mínimos (CMD) para conocer el estado de salud de la persona residente, en la hoja de evolución asociada al código CIE-10 Z59.3:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnósticos activos</li> <li>• Tratamientos activos</li> <li>• Estratificación y nivel de complejidad: Robusto, frágil, geriátrico y paliativo. Barthel, velocidad de la marcha y NECPAL.</li> <li>• Valoración de enfermería</li> <li>• Plan de atención individualizado (PAI): centrado únicamente en las esferas de la persona residente que requieran especial atención.</li> <li>• Plan de atención y vida. Cómo quiere vivir cada persona y la presencia de apoyos familiares y sociales</li> <li>• Existencia de voluntades anticipadas</li> <li>• Pronóstico vital (situación de cuidados paliativos o final de vida)</li> </ul> <p>Difundir el CMD y promover su registro en SIA por parte de los profesionales sanitarios</p> <p>Valorar la oportunidad de donar información básica de Resiplus a SIA (VI...).</p>
<b>Responsables</b>	Equipo de valoración médica/o y enfermera/o de la residencia de mayores
<b>Resultados esperables 2023</b>	Inicio y difusión del protocolo de información
<b>Resultados esperables 2024</b>	100% de las personas residentes disponen de esta información compartida en SIA-Abucasis
<b>Indicadores</b>	% personas residentes con CMD en la hoja de evolución

<b>Proyecto</b>	I3. CONSULTA NO PRESENCIAL (TELEMEDICINA)
<b>Introducción</b>	<p>La consulta no presencial, la telemedicina o teleconsulta, en el contexto de las residencias de mayores, puede desempeñar un papel importante en la prestación de servicios sanitarios y de atención a los residentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Permite superar las barreras geográficas y reducir la necesidad de desplazamientos tanto para los profesionales sanitarios como para los residentes, especialmente beneficioso si presentan dificultades de movilidad.</li> <li>• Permite consultas rápidas y flexibles, lo que reduce los tiempos de espera y agiliza el proceso de atención.</li> <li>• Se pueden realizar seguimientos regulares, lo que mejora la continuidad de la atención.</li> <li>• Se pueden minimizar los traslados y las hospitalizaciones innecesarias.</li> <li>• Puede ayudar a prevenir complicaciones y detectar problemas de salud de manera temprana, lo que puede resultar en un tratamiento más efectivo.</li> <li>• Facilita la coordinación de los profesionales sanitarios de las residencias y de los servicios sanitarios,</li> <li>• Mejora la eficiencia y contribuye a una atención integral, de continuidad y de calidad en la atención a los residentes.</li> </ul> <p>La teleconsulta en residencias de mayores requiere considerar aspectos como el equipo tecnológico, la infraestructura de conexión a internet, la privacidad y seguridad de los datos, así como la capacitación del personal. En la CV, las residencias de mayores disponen de acceso a SIA para la prescripción farmacéutica (ver proyecto I4). Este hecho es una oportunidad que facilita implementar la teleconsulta en residencias.</p>
<b>Objetivos</b>	Implementar la teleconsulta para los residentes de las residencias.
<b>Acciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluar la infraestructura tecnológica de las residencias: acceso SIA, internet...</li> <li>- Habilitar espacios adecuados para la consulta a distancia que garanticen la intimidad de los residentes.</li> <li>- Establecer procedimientos para la coordinación entre profesionales del SVS y de las residencias (cómo se llevarán a cabo las consultas virtuales, incluyendo el registro de los residentes, la programación de las citas, el acceso a los historiales médicos...)</li> <li>- Establecer un sistema de apoyo técnico para dar soporte en caso de dificultades técnicas durante las consultas virtuales.</li> <li>- Evaluar periódicamente la efectividad de la implementación de la telemedicina para realizar los ajustes necesarios.</li> <li>- Formación del personal de las residencias en SIA y en teleconsulta.</li> </ul>
<b>Responsables</b>	CSUSP, CIPI, DGTIC
<b>Resultados esperables 2023</b>	Plan de implementación de la telemedicina en las residencias de mayores
<b>Resultados esperables 2024</b>	Implementación de la teleconsulta en residencias de mayores públicas
<b>Indicadores</b>	Residencias con teleconsulta funcionante



<b>Proyecto (título)</b>	14. SISTEMATIZAR LA NOTIFICACIÓN DE PERSONAL AUTORIZADO PARA ACCEDER A SIA
<b>Introducción</b>	<p>Desde 2001, la normativa de la CSUSP (Orden 2/2021 y el Decreto 42/2021) regula que el personal médico de residencias pueda prescribir tratamientos farmacológicos (actualmente mediante orden médica los públicos, que disponen de servicio de farmacia, y con receta los privados), pruebas diagnósticas básicas de radiología y laboratorio y derivar a especializada. Se les requiere la correcta cumplimentación, al menos de diagnósticos, tratamientos y pruebas diagnósticas, de la historia de salud. La prescripción es electrónica desde 2013. También desde 2013, las enfermeras de residencias pueden acceder a SIA-Abucasis.</p> <p>La alta rotación de personal sanitario en las residencias conlleva la necesidad de mantener actualizado el registro de altas y bajas de la CSUSP y de formación permanente en el uso de SIA-Abucasis por parte de los gestores de aplicaciones clínicas.</p> <p>El procedimiento de acceso a SIA para los profesionales de las residencias está regulado en la Resolución de la SA de la AVS de 30/01/2012 y actualizaciones posteriores. Comienza por la autorización de los profesionales por parte de la DGFyPS de la CSUSP, a propuesta de las DG con competencias en materia de residencias para personas mayores y para personas con diversidad funcional. Desde la DGFyPS, se remite a las residencias la información técnica de acceso, se configura a los usuarios y se solicita a las aplicaciones corporativas (SIP, RNV, inspección...), al servicio de aplicaciones clínicas y al consultor de aplicaciones departamental, que establezcan las relaciones pertinentes para que estos profesionales tengan todos los accesos habilitados exactamente igual que un médico/enfermera de la CSUSP. También se solicita asignación de VPN a la Subdirección General de Sistemas de Información para la Salud. Los profesionales de residencias también acceden con metaperfil administrativo al aplicativo corporativo de Sanidad RESIFAP, que se propone incluir también en el procedimiento, aunque no requiera acceso a SIA.</p> <p>Se están generando problemas para la adquisición de las tarjetas por parte del personal de los centros residenciales sociosanitarios. Hasta ahora se las proporcionaban en los centros PRU de los hospitales de referencia, pero ahora hay una instrucción para que estas tarjetas no se proporcionen a personal que no pertenece a la Conselleria de Sanidad. La opción es que obtengan la tarjeta en un centro PRU de ciudadano, y la tarjeta que ahí les proporcionan NO les permite el acceso a los aplicativos necesarios. En este caso, los profesionales no pueden acceder ni grabar la información.</p> <p>Los profesionales de CS también acceden con metaperfil administrativo al aplicativo corporativo de Sanidad RESIFAP. Se propone también incluir en el procedimiento (aunque no requiera acceso a SIA).</p>
<b>Objetivos</b>	Que los agentes implicados de las residencias y de la Generalitat Valenciana, conozcan el proceso y con qué profesional deben contactar para solucionar las incidencias que surgen al autorizar el acceso a SIA de profesionales médicos y enfermeros de CRS, a fin de agilizar el procedimiento, simplificarlo y garantizar su acceso.
<b>Acciones</b>	Elaborar y difundir un procedimiento normalizado de trabajo (PNT) donde figure de forma esquemática cada paso a seguir, persona de contacto en caso de incidencia, intentando acelerar al máximo el tiempo transcurrido desde la solicitud de acceso hasta el propio acceso a la prescripción de profesionales de residencias a través de SIA.
<b>Responsables</b>	Técnicos de las direcciones generales con competencias en materia de residencias para personas mayores y de residencias para personas con diversidad funcional. Técnicos del Servicio de Prestaciones Farmacéuticas de la DGFyPS.
<b>Resultados esperables 2023</b>	PNT actualizado y difundido
<b>Resultados esperables 2024</b>	Introducción de mejoras.
<b>Indicadores</b>	Nº consultas de profesionales por incidencias. Tiempo de resolución de incidencias.

## F. Proyectos de formación

<b>Proyecto</b>	F1 CURSO PROCESO ASISTENCIAL A LAS PERSONAS ADULTAS AL FINAL DE SU VIDA									
<b>Introducción</b>	<p>En la Comunitat Valenciana, las actuaciones sanitarias al final de la vida, tanto en el sector público como en el privado y tanto en el entorno sanitario como en el social, disponen de una regulación legal recogida en la Ley 16/2018, de 28 de junio, de la Generalitat, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de atención al final de la vida, en vigor desde el 28/09/2018. También ha entrado en vigor la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.</p> <p>La DGAS, en cumplimiento de estas normas, organiza el curso “Proceso asistencial de personas adultas al final de la vida”, dentro del Plan de Escuela de la EVES 2023.</p> <p>Es la cuarta edición del curso que ha formado hasta el momento a unos 1.200 profesionales. Los resultados de la edición de 2022 fueron los siguientes:</p> <table border="1"> <tr> <td>Alumnos matriculados</td> <td>515</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Alumnos que han superado el curso</td> <td>417</td> <td>80,1 %</td> </tr> <tr> <td>Alumnos que no han superado el curso</td> <td>98</td> <td>19,9 %</td> </tr> </table> <p>El 94% de los participantes ha declarado que el nivel de satisfacción que le ha proporcionado la realización del curso es muy satisfactorio o satisfactorio.</p> <p>El curso es semipresencial, de 40 horas. La parte en línea tiene una duración de 19 horas y la parte presencial de 21 horas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El contenido de la parte en línea facilita formación teórica sobre los cuidados paliativos y los principios de bioética que garantizan la dignidad de las personas al final de la vida.</li> <li>• La parte presencial se desarrollará durante 3 jornadas de trabajo de siete horas en las Unidades de Hospital a Domicilio (UHD) de los 23 Departamentos de Salud que disponen de ellas y en los 6 Hospitales de Atención a Crónicos y Larga Estancia (HACLE).</li> </ul> <p>Se trata de un curso básico. Al finalizar el curso, los participantes tendrán conocimiento de los principios de la atención paliativa, nociones para realizar una valoración integral del residente y un plan de atención individualizado (PAI) que incluya un plan terapéutico de control de síntomas. También conocerán las técnicas de enfermería más utilizadas, las estrategias de toma de decisiones compartida y el proceso de atención familiar al duelo.</p> <p>En la oferta de las cuatro ediciones anteriores se incluían 40 plazas / año para personal de residencias de personas mayores.</p> <p>La coparticipación de la VICIPI es fundamental para el éxito de esta actividad compartida.</p>	Alumnos matriculados	515		Alumnos que han superado el curso	417	80,1 %	Alumnos que no han superado el curso	98	19,9 %
Alumnos matriculados	515									
Alumnos que han superado el curso	417	80,1 %								
Alumnos que no han superado el curso	98	19,9 %								
<b>Objetivos</b>	Ampliar la oferta del curso al personal médico y de enfermería de las residencias con plazas de financiación pública y privada.									
<b>Acciones</b>	<p>- Garantizar que el personal seleccionado se formará en la UHD o HACLE al que le corresponde prestar la asistencia sanitaria por la distribución territorial. Gestión del desarrollo del curso (<i>Organización</i>).</p> <p>- Asegurar la selección del personal médico y de enfermería en las residencias de atención a personas mayores con más plazas de financiación pública y con contrato más estable (<i>Selección</i>).</p>									
<b>Responsables</b>	<p>DGAS: <i>Organización</i>.</p> <p>VICIPI: <i>Selección</i></p> <p>EVES: <i>Organización administrativa e informática</i>.</p>									
<b>Resultados esperables 2023</b>	Propuesta Plan formación EVES 2024									
<b>Resultados esperables 2024</b>	Primera edición del curso con participación de personal de residencias con plazas de financiación pública.									
<b>Indicadores</b>	Número de participantes y encuesta de satisfacción.									

<b>Proyecto</b>	F2 CURSO APLICACIÓN DE LA LEY ORGÁNICA DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA									
<b>Introducción</b>	<p>Las actuaciones sanitarias al final de la vida se producen tanto en el ámbito del sector público como en el privado y tanto en el entorno sanitario como en el social.</p> <p>La Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia (LORE) entró en vigor el 25 de junio de 2021. Regula el derecho de toda persona que cumpla las condiciones exigidas a solicitar y recibir la ayuda necesaria para morir, el procedimiento que ha de seguirse y las garantías que deben observarse. También regula los deberes del personal sanitario, definiendo su marco de actuación.</p> <p>La LORE necesita, para su cumplimiento, que el personal sanitario conozca el proceso para ponerlo en marcha y la práctica asistencial.</p> <p>La DGAS, en cumplimiento de esta norma organiza este curso dentro del Plan de Escuela de la EVES. Esta actividad tiene una duración de 20 horas repartidas en 10 temas que se imparten íntegramente en línea. Se dirige exclusivamente a personal médico y de enfermería.</p> <p>En la primera edición de 2022 participaron 1.043 profesionales, con los resultados siguientes:</p> <table border="1"> <tr> <td>Matriculados</td> <td>1.043</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Han superado el curso</td> <td>807</td> <td>77%</td> </tr> <tr> <td>No han superado el curso</td> <td>236</td> <td>33%</td> </tr> </table> <p>El 93% de los participantes ha declarado que el nivel de satisfacción que le ha proporcionado la realización del curso es muy satisfactorio o satisfactorio.</p> <p>No existen limitaciones ni prioridades de para realizar el curso. Se pretende la máxima difusión, cuantos más profesionales hagan el curso mejor.</p>	Matriculados	1.043		Han superado el curso	807	77%	No han superado el curso	236	33%
Matriculados	1.043									
Han superado el curso	807	77%								
No han superado el curso	236	33%								
<b>Objetivos</b>	Conseguir el máximo conocimiento de la LORE entre el personal sanitario de las residencias.									
<b>Acciones</b>	Máxima difusión en el sector social sanitario del curso de aplicación de la LORE, sensibilización y conceptos básicos.									
<b>Responsables</b>	<p>DGAS: Proporciona materiales para difusión. Revisa con VICIPI los alumnos matriculados. Gestiona el desarrollo del curso.</p> <p>VICIPI: Difunde a personal residencias y controla con DGAS la inscripción. Selección del personal en las residencias de atención a personas mayores con más plazas de financiación pública. Asegurar la selección del personal médico y de enfermería con contrato más estable.</p> <p>EVES: Organización de la inscripción al curso, organización administrativa informática.</p>									
<b>Resultados esperables 2023</b>	Propuesta Plan formación EVES 2024									
<b>Resultados esperables 2024</b>	Primera edición con participación de personal de residencias con plazas de financiación pública.									
<b>Indicadores</b>	Número de participantes y encuesta de satisfacción.									

<b>Proyecto</b>	F3 CURSO PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN RESIDENCIAS
<b>Introducción</b>	Desde 2021 se están llevando a cabo en la EVES cursos de prevención y control de la Covid en residencias, dirigidos a profesionales de residencias públicas y privadas, con la colaboración de la Sociedad Valenciana de Medicina Preventiva. En la actual situación epidemiológica, el SARS-CoV-2 continúa circulando y, como otros virus respiratorios, puede tener un impacto en la salud, en particular de personas con alto riesgo de complicaciones asociadas.
<b>Objetivos</b>	Proteger a las personas más vulnerables de las infecciones de transmisión respiratoria. Reforzar las recomendaciones dirigidas a la prevención de estas infecciones en las residencias durante la temporada de mayor incidencia de virus respiratorios
<b>Acciones</b>	Formación de profesionales de las residencias (EVES en línea)
<b>Responsables</b>	DGAS
<b>Resultados esperables 2023</b>	Propuesta Plan formación EVES 2024
<b>Resultados esperables 2024</b>	Curso en línea autoformativo
<b>Indicadores</b>	Número de participantes y encuesta de satisfacción

<b>Proyecto</b>	F4 CURSO VALORACION DEL GRADO DE DEPENDENCIA PARA TRABAJADORES SOCIALES DEL SISTEMA SANITARIO
<b>Introducción</b>	Este proyecto pretende mejorar el acceso a la aplicación de atención a la dependencia (ADA) por parte de los trabajadores sociales de los hospitales de enfermos agudos y de atención primaria, para conocer la situación del ciudadano respecto a la valoración de su dependencia, el grado reconocido y el recurso asignado por los responsables de la VICIPI. Permitir el acceso a la aplicación de la gestión de la dependencia facilita el flujo de información entre CSUSP y VICIPI para permitir una acción más precisa y sin dilaciones.
<b>Objetivos</b>	Permitir el acceso a la aplicación de gestión de la dependencia del sector social por parte del personal de trabajo social del sector sanitario.
<b>Acciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para cubrir las necesidades desde los hospitales: Realización de 3 cursos de “Gestión de la dependencia en el ámbito sanitario” de 20 horas cada uno. Permitirá la formación de 60 trabajadores sociales de hospitales, es decir, al menos dos por hospital, suficiente para que la capacidad de acceso sea permanente.</li> <li>• Para cubrir el acceso desde atención primaria: Plan plurianual de 3 cursos /año hasta completar el 100% de la plantilla de trabajadores sociales de atención primaria</li> </ul>
<b>Responsables</b>	DGAS-CSUSP, DGAP-VICIPI, EVES-CSUSP
<b>Resultados esperables 2023</b>	Propuesta para el Plan de formación EVES 2024
<b>Resultados esperables 2024</b>	Cubrir las necesidades formativas de los trabajadores sociales de los hospitales
<b>Indicadores</b>	Número de participantes y encuesta de satisfacción

<b>Proyecto</b>	F5. RECEPCIÓN-ACOGIDA DEL PERSONAL AL INCORPORARSE A UNA RESIDENCIA
<b>Introducción</b>	Las residencias de la CV, independientemente de la tipología de los centros, públicos, concertados o privados, sufren actualmente una frecuente rotación de personal por diversas causas. Por ello, la formación, profesionalización y actualización continua de la metodología de los cuidados de los profesionales de estos centros adquiere una importancia significativa para poder afianzar y evaluar los conocimientos dentro de un espacio seguro de trabajo.
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Elaboración de protocolos de promoción y prevención de la salud de los residentes dirigidos a los profesionales sanitarios de los centros residenciales y evaluación de los responsables.</li> <li>-Fomentar la promoción, prevención y protección de la salud de los residentes.</li> <li>-Formación sobre los síndromes geriátricos y modelo de atención centrada en la persona.</li> <li>-Formación en SIA a los profesionales sanitarios</li> </ul>
<b>Acciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adecuar y entregar protocolos a las diferentes categorías profesionales previamente a su incorporación. Sus actividades diarias deberán ser lo suficientemente explicadas y justificadas.</li> <li>- Formar a los referentes sanitarios de los centros o empresas para que estos posteriormente, formen al personal.</li> <li>- Los referentes tendrán la responsabilidad de acompañar a las nuevas incorporaciones durante sus primeros días de trabajo (valorar necesidades de cada trabajador) para poder asegurar un correcto desempeño de sus funciones. Evaluarán las capacidades de estos y trasladarán informes a los responsables de los centros y/o empresas.</li> <li>- Acciones formativas continuas sobre los síndromes geriátricos y las medidas de prevención y promoción de la salud de los residentes.</li> <li>- Proporcionar a los profesionales de medicina/enfermería equipos informáticos con acceso a SIA y crear perfiles de acceso.</li> <li>- Asegurar un correcto uso de los dispositivos que se pueden encontrar en las residencias (grúas, carros de parada, medicación de urgencia, etc.)</li> <li>-Asegurar conocimientos sobre los diferentes tipos de aislamientos y correcta colocación y uso de equipos de protección individual (EPI). Medidas de prevención de contaminación cruzada.</li> <li>-Hacer partícipes a los trabajadores de las propuestas de mejora.</li> <li>- Generar tranquilidad a los profesionales para conseguir estabilidad en las plantillas.</li> </ul>
<b>Responsables</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La dirección de las residencias. Las empresas evaluarán las capacidades de sus referentes.</li> <li>- Equipo sanitario de las residencias (de medicina, enfermería, personal auxiliar de enfermería). En centros con menor capacidad, referente sanitario.</li> <li>-SPRL (Servicio de prevención de riesgos laborales).</li> <li>- En caso de necesidad para formación continuada apoyo de los EAP.</li> </ul>
<b>Resultados esperables 2023</b>	Plan de acogida en cada residencia
<b>Resultados esperables 2024</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mejora de los indicadores de calidad CIPI</li> <li>-Mejora en las encuestas de satisfacción entregadas a residentes y familias</li> <li>- Mejora en las encuestas de satisfacción entregadas a los profesionales sociosanitarios</li> </ul>
<b>Indicadores</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicadores de calidad de la CIPI.</li> <li>-Encuestas</li> <li>-Reuniones de trabajo</li> </ul>

<b>Proyecto</b>	F6. PROPUESTA DE CONTENIDOS PARA LOS PLANES DE FORMACIÓN DE LA EVES Y EL IVAP
<b>Introducción</b>	<p>Como resultado de un consenso profesional entre profesionales sanitarios de residencias se ha elaborado una relación de necesidades formativas en los organismos de la Generalitat Valenciana con competencias en formación de personal (IVAP y EVES).</p> <p><b>PRIORITARIOS</b></p> <p>Atención libre de sujeciones y coerciones en personas mayores (IVAP)</p> <p>Alimentación y nutrición en personas mayores (IVAP)</p> <p>Atención a las personas mayores con problemas de salud mental y/o discapacidad intelectual en residencias (IVAP-EVES)</p> <p>Atención a las personas mayores con enfermedades neurodegenerativas (Alzheimer, Parkinson...) (EVES)</p> <p>Tratamiento/atención de las conductas disruptivas/alteraciones de la conducta en los centros sociosanitarios de personas mayores (IVAP-EVES)</p> <p>Manejo integral de la disfagia en centros sociosanitarios de personas mayores (IVAP)</p> <p>Atención a las personas mayores con movilidad reducida/encamados en las residencias (IVAP)</p> <p>Prevención y tratamiento de UPP en personas mayores en las residencias (EVES)</p> <p>Aplicación del modelo de enfermería de Virginia Henderson en las residencias de personas mayores (EVES)</p> <p><b>OTROS</b></p> <p>Comunicación como Escucha activa: Modelo humanista Counselling (IVAP-EVES)</p> <p>Protección de datos en residencias de personas mayores (IVAP)</p> <p>Prevención del maltrato al anciano en residencias de personas mayores (IVAP)</p> <p>Actuación del personal de atención 24 horas ante ideas de suicidio de un residente (EVES)</p> <p>Cuidados paliativos en residencias, actuaciones con el residente y la familia (EVES)</p> <p>Modelo de atención centrado en la persona. Elaboración de la historia de vida (IVAP)</p> <p>Higiene postural para los trabajadores de las residencias de personas mayores (IVAP)</p> <p>Actualización en el uso del software informático al puesto de trabajo (IVAP)</p>
<b>Objetivos</b>	Ofrecer actividades formativas a profesionales sanitarios de residencias públicas de gestión directa o indirecta y concertadas, sea cual sea su dependencia
<b>Acciones</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presentar propuesta para los planes de formación de IVAP y EVES 2024</li> <li>- Realizar cursos</li> <li>- Detectar necesidades de formación</li> </ul>
<b>Responsables</b>	DGAS-CSUSP, DGAP-VICIPI, EVES-CSUSP, IVAP-CJIAP
<b>Resultados esperables 2023</b>	Propuesta para incluir en los planes de formación de IVAP y EVES 2024 cursos dirigidos a profesionales sanitarios de residencias
<b>Resultados esperables 2024</b>	<p>Cursos de IVAP</p> <p>Cursos de EVES</p>
<b>Indicadores</b>	<p>Cursos ofertados de entre los priorizados</p> <p>Número de participantes y encuesta de satisfacción</p>

## ANEXOS

### 1. PLAN DE TRABAJO

	2023					2024
	Mar	Abr	May	Jun	Jul-Dic	
Constituir grupo trabajo con CIPI						
Definir proyectos conjuntos 2023-2024 aprobados por DGAS y DG de VICIPI						
Iniciar proyectos priorizados						
<b>Informe propuestas de mejora (1ª fase)</b>						
Continuar proyectos (2ª fase)						
Informe de evaluación de proyectos						Junio

### 2. EQUIPOS PROFESIONALES EN RESIDENCIAS Y OTROS CENTROS (Decreto 27/2023)

<b>Residencias de mayores</b>	Ratio autorización 120 plazas		Ratio acreditación 120 plazas	
Profesional de medicina	1		1	
Profesional de psicología	1		1	
Profesional de enfermería	2		3	
Profesional de fisioterapia	1		1	
Personal auxiliar enfermería / gerocultores	53		60	
<b>Residencia problemas de salud mental</b>			Ratio autorización/ acreditación 40 plazas	
Profesional de psiquiatría			0,5	
Profesional de la psicología, trabajo social y educación social			7	
Profesional de la enfermería			3	
Personal auxiliar de enfermería / Personal técnico de atención personas en situación de dependencia			16	
<b>Residencia para personas con diversidad funcional.</b>	Residencia general de apoyo limitado 30 plazas		Residencia de carácter específico 20 plazas	
autorización/ acreditación			Residencia general de apoyo generalizado 30 plazas	
Profesional de la psicología	1		1	
Profesional de enfermería	1		2	
Profesional fisioterapeuta	0,5		1	
Incluido en el perfil posterior				

<b>Centros de día mayores.</b> Equipo profesional	Ratio autorización 50 plazas	Ratio acreditación 50 plazas
Profesional de medicina	0.37	0.37
Persona supervisora de enfermería	0.5	0.5
Profesional de enfermería	1	1
<b>Centros de día dependencia.</b> Equipo profesional		
Profesional de medicina	0.37	0.37
Persona supervisora de enfermería	0.5	0.5
Profesional de enfermería	1	1

### 3. CORRESPONDENCIA ENTRE RECURSOS SANITARIOS Y RESIDENCIALES

Información para cada residencia:

- Identificación: nombre, nº registro CIPI, código CRC., titularidad/entidad gestora.
- Ubicación: provincia, municipio, domicilio, departamento de servicios sociales, departamento de salud y centro de salud pública.
- Categoría de residencia
- Nº plazas, autorizadas y del SPVSS.
- Recursos sanitarios propios:
  - Ratio según la normativa (anexo).



- Unidad de cuidados continuada
- Recursos farmacéuticos
- Zona básica de salud

	Categoría
<b>Centros de titularidad pública</b>	
De la administración autonómica	1
Del sector público instrumental (IVASS)	2
De las entidades locales:	
-con contrato programa	3
-sin contrato programa	4
<b>Centros de titularidad privada</b>	
De entidades de iniciativa social	
-con acuerdo de acción concertada	5
-sin acuerdo de acción concertada	6
De iniciativa mercantil	
-con contrato	7
-sin contrato	8
De personas físicas	
-con contrato	9
-sin contrato	10

#### 4. NORMATIVA-GLOSARIO

- Decreto 18/2023, de 3 de marzo, del Consell por el que se regula la Calidad en el Sistema Público Valenciano de Servicios Sociales.
- Decreto 42/2021, de 18 de marzo, del Consell, de regulación de la prestación farmacéutica en los centros sociosanitarios en la Comunitat Valenciana y Decreto 89/2022, de 1 de julio, del Consell, por el que se regula, en materia de organización y personal, la gestión de los servicios farmacéuticos de centros sociosanitarios de titularidad pública por parte de la Conselleria competente en materia de sanidad.
- Resolución 28 de julio de 2022, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre  criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. (Artículo 13:  coordinación para la atención social y sanitaria).
- Decreto 27/2023 de 10 de marzo, del Consell, por el que se regulan la  tipología y el funcionamiento de los centros, servicios y programas de servicios sociales, y su ordenación dentro de la estructura funcional, territorial y competencial del sistema público valenciano de servicios sociales

#### ATENCIÓN SOCIO SANITARIA

LEY 16/2003, DE 28 DE MAYO, DE COHESIÓN Y CALIDAD DEL SNS. Artículo 14.

Prestación de **atención sociosanitaria**:

1. La atención sociosanitaria comprende el **conjunto de cuidados** destinados a aquellos **enfermos, generalmente crónicos**, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la **actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales** para aumentar su **autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social**.
2. En el **ámbito sanitario**, la atención sociosanitaria se llevará a cabo en los niveles de atención que cada CA determine y en cualquier caso comprenderá:
  - a. **Los cuidados sanitarios de larga duración.**
  - b. **La atención sanitaria a la convalecencia.**
  - c. **La rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.**

La **continuidad** del servicio será garantizada por los **servicios sanitarios y sociales** a través de la adecuada **coordinación** entre las Administraciones públicas correspondientes.

ESPACIO SOCIO SANITARIO. INFORME FINAL 2017

La atención sociosanitaria debe organizarse, por tanto, como un área de convergencia entre los servicios sociales y sanitarios. Ambos sistemas deben encontrar fórmulas integradoras, no tanto de los recursos, sino en la provisión de un **paquete conjunto de servicios adaptado a las necesidades de la persona**. El espacio sociosanitario es un espacio virtual de confluencia de la acción de los servicios sanitarios y sociales que, bien integrado, mejorará la efectividad y calidad de



la atención sociosanitaria. También puede proporcionar una mayor eficiencia ya que se centrará en la persona y sus necesidades, mediante objetivos asequibles como son conseguir la **continuidad asistencial** y la **ausencia de duplicidades**.

## CENTROS SOCIO SANITARIOS

DECRETO 27/2023, de 10 de marzo, del Consell, por el que se regulan la TIPOLOGÍA Y EL FUNCIONAMIENTO DE LOS CENTROS, SERVICIOS Y PROGRAMAS DE SERVICIOS SOCIALES, y su ordenación dentro de la estructura funcional, territorial y competencial del SISTEMA PÚBLICO VALENCIANO DE SERVICIOS SOCIALES

Artículo 47. Centros de servicios sociales de carácter sociosanitario

1. Tendrán carácter sociosanitario los centros de servicios sociales orientados a dar respuesta a situaciones de necesidad compleja que requieran una intervención de naturaleza mixta, social y sanitaria, de manera simultánea o secuencial, en cualquier caso, complementaria y estrechamente articuladas. La intervención social y sanitaria estarán imbricadas en un único proceso. Los servicios estarán incluidos en la misma cartera. El personal formará parte del mismo equipo profesional, que trabajará de forma interdisciplinar y bajo el principio de unidad de acción.

2. Tendrán la consideración de centros de servicios sociales de carácter sociosanitario los centros residenciales y de atención diurna o nocturna dirigidos a las personas mayores, personas con diversidad funcional y personas con problemas de salud mental, de conformidad con lo establecido en los anexos II y III de este decreto.

3. Los titulares de los centros regulados en este decreto deberán contar con las autorizaciones sanitarias que correspondan, de acuerdo con lo establecido en la normativa vigente del Consell de la Generalitat Valenciana sobre autorización sanitaria y el Registro Autonómico de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios o norma que la sustituya.

Asimismo, deberán disponer, en su caso, de un sistema de eliminación de residuos sanitarios y no sanitarios acorde con lo establecido en la normativa vigente.

4. Se articularán las medidas necesarias para que el sistema de servicios sociales y el sistema de sanidad intercambien información, tengan acceso compartido a la historia clínica, el intercambio de información social, el acceso a recetas electrónicas, la gestión de pruebas complementarias, la interconsulta, la coordinación y revisión de casos, así como la implantación de la tecnología que automatice estos procesos de acuerdo con el desarrollo de la historia social única.

5. Los centros de servicios sociales de carácter sociosanitario contarán con un profesional de enlace, preferentemente sanitario, para la coordinación funcional con el sistema sanitario.

LEY 6/1998 DE ORDENACIÓN FARMACÉUTICA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

Modificación del Artículo 48. Principios generales de la prestación farmacéutica en los centros sociosanitarios. A los efectos de la presente ley, se entiende como centros sociosanitarios aquellos centros de asistencia social que prestan asistencia sanitaria específica a sectores de la población tales como personas ancianas y cualesquiera otras cuyas condiciones de salud, que requieran además de las atenciones sociales que se les presta en el centro, determinada asistencia sanitaria.

DECRETO 42/2021, de 18 de marzo, del Consell, de regulación de la PRESTACIÓN FARMACÉUTICA EN LOS CENTROS SOCIO SANITARIOS en la COMUNITAT VALENCIANA.

Artículo 3. Definiciones

b) Centro sociosanitario: Se entiende por **centro sociosanitario** aquel centro de asistencia social que presta asistencia sanitaria específica o incluida en el contexto de la atención residencial, particularmente aquellos donde las personas residentes tienen su estancia o residencia habitual en los mismos. De acuerdo con la definición anterior, los tipos de centros contemplados en este decreto son las residencias para personas **mayores dependientes** (RPM), los centros de atención residencial para personas con **discapacidad** y situación de dependencia, las residencias para personas con discapacidad o diversidad funcional y los centros específicos para personas con **enfermedad mental crónica** (CEEM). A efectos de la prestación farmacéutica regulada en este decreto, las consellerias competentes en servicios y en sanidad podrán acordar la inclusión de otros tipos de centros.

## ATENCIÓN SOCIAL Y SANITARIA

RESOLUCIÓN 28 DE JULIO DE 2022, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, CRITERIOS comunes de ACREDITACIÓN Y CALIDAD de los CENTROS Y SERVICIOS del SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

Decimotercero. Coordinación para la atención social y sanitaria

**La atención integral social y sanitaria** es necesaria para todas las personas en situación de dependencia, especialmente para aquellas personas con enfermedades avanzadas, demencias, problemas de conducta, enfermedad mental, necesidades médicas específicas, cuidados paliativos, etc. que además presentan necesidades sociales.

**La atención sanitaria es responsabilidad del Sistema Nacional de Salud** que garantizará, en todo caso, el **mismo nivel de acceso a la cartera de servicios** para las personas en situación de dependencia que para el resto de la población, independientemente de que estas residan en **domicilios particulares o colectivos**.

Las administraciones competentes establecerán **instrumentos permanentes de coordinación sociosanitaria** en cada Comunidad y Ciudad Autónoma al objeto de garantizar la necesaria cooperación entre el ámbito social y sanitario para **responder de forma integral, coordinada y eficiente a las necesidades de atención** de las personas en situación de dependencia.

Así mismo, las administraciones competentes en materia de servicios sociales y de sanidad en los distintos ámbitos territoriales impulsarán el **intercambio de información y la interoperabilidad** entre el sistema sanitario y el sistema social.

– En lo relativo a las personas usuarias de centros residenciales se establece lo siguiente:

A efectos de la estructura de servicios del sistema de salud, el centro residencial será considerado el domicilio habitual de las personas atendidas.

Se articularán las medidas necesarias para que ambos sistemas, social y sanitario, intercambien información y tengan **acceso compartido a la historia clínica, el intercambio de información social, el acceso a recetas electrónicas, la gestión de pruebas complementarias, la interconsulta, la coordinación y revisión de casos, así como el uso de teleconsulta, el envío y recepción de análisis clínicos, la implantación de la tecnología que automatice procesos** así como al registro de **voluntades anticipadas** de la Comunidad o Ciudad Autónoma.

La atención sanitaria pública se prestará desde los **dispositivos de atención primaria de salud, a través de la atención especializada y hospitalaria** y contará con la **colaboración de profesionales sanitarios** que puedan estar **prestando servicios en los propios centros residenciales**.

Las administraciones autonómicas o Administración que, en su caso, tenga la competencia, asegurarán que **cada centro residencial** acreditado disponga de un **plan funcional de coordinación** que elaborará conjuntamente con el sistema sanitario público que ostente la competencia correspondiente a la zona o área donde se ubique el centro, tanto para el nivel de la atención primaria como para la atención ambulatoria y hospitalaria.

Los centros de atención residencial que superen las **30 plazas** acreditadas deberán contar con **profesionales** que realicen las funciones **de coordinación y enlace con el sistema sanitario público y supervisión de las pautas de cuidados**. Cuando el centro supere las **75 plazas**, las funciones descritas deberán ser asumidas por **personal sanitario** según la definición de los artículos 2 y 3 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Para los centros residenciales de personas con discapacidad que no requieran de cuidados sanitarios especializados, este rol no será necesario.

Para los centros residenciales de **titularidad pública**, dicho personal sanitario **podrá ser personal estatutario** perteneciente al sistema de salud correspondiente si así se articula en el ámbito competencial autonómico.

Para atender las necesidades de cuidados de salud derivados del tipo de población que vive en los centros residenciales, será importante dotar de espacios y recursos suficientes para dar respuesta a las necesidades de atención al cuidado, en un marco que asegure la dignidad y el respeto a las personas.

En lo relativo a las personas **usuarias del resto de servicios** contenidos en el artículo 15 de la LAPAD (teleasistencia, ayuda a domicilio, centros de día, promoción de la autonomía, etc.) se asegurarán igualmente **cauces de coordinación** entre los servicios sociales y los servicios de salud de atención primaria de forma que se garantice que los planes personales de atención y de apoyo tengan un enfoque integral.

Lo descrito anteriormente será objeto de propuesta por parte del Consejo Territorial al Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud a los efectos de acordar e impulsar dicha atención coordinada.

## **ATENCIÓN SECUNDARIA DEL SPVSS** DECRETO 27/2023 de 10 de marzo, del Consell

“refuerza a la atención primaria, cuando se requiere una intervención integral de mayor intensidad y sostenida en el tiempo -medio o largo plazo... los centros de atención secundaria deberán proveer, a través de **servicios de atención residencial** una atención integral sostenida en el tiempo que, además de cubrir las necesidades de alojamiento y manutención, proporcione los apoyos extensos o generalizados que requiera la promoción de la autonomía personal o el desarrollo de la persona, desde el enfoque preventivo y rehabilitador y teniendo en cuenta la interdisciplinariedad de las intervenciones y el trabajo en red con otros sistemas de protección social. La atención ofrecida...se estructurará bajo la conceptualización y mirada integral de la persona como una unidad biopsicosocial y particular, con necesidades diferenciales, personalizando los apoyos necesarios a través de la metodología de **Atención Integral Centrada en la**

*Persona, implementando, en todo caso, el **Plan Personalizado de Intervención Social (PPIS)** recogido en la historia social única que comparten los niveles de Atención Primaria y Secundaria. Este PPIS se deberá completar en el recurso donde se derive la persona usuaria con un **Plan de Atención Individualizado (PAI)**... Los **departamentos de servicios sociales** son las demarcaciones territoriales en las que se organizan las funciones propias de la atención secundaria”.*

#### 4. FUNCIONES DEL PERSONAL SANITARIO DE LAS RESIDENCIAS DE PERSONAS MAYORES Y LOS CENTROS DE DÍA. (DECRET 27/2023)

##### – Atención sanitaria:

*Las residencias tendrán que establecer cauces de coordinación sociosanitaria adecuados para el desempeño de la función sanitaria, incluidos los medios tecnológicos para disponer de la capacidad técnica para el diagnóstico y tratamiento con medios propios o externos que aseguren una actuación ágil en todos los supuestos.*

*La valoración inicial de la persona residente constituirá el punto de partida de la **valoración integral**, de manera que solo tras una completa valoración inicial se llevará a cabo la valoración global interdisciplinar de la persona residente y se establecerá el **plan de atención individualizado**. La valoración inicial será llevada a cabo por las personas miembros del **equipo interdisciplinar del centro**: la valoración física, por el personal médico y el personal de enfermería y fisioterapia; la valoración psicológica, por la persona profesional en psicología; la valoración social, por la persona trabajadora social; la valoración funcional de las actividades de la vida diaria, por el equipo profesional terapeuta ocupacional; y la valoración inicial de los intereses de ocio y tiempo libre, por las personas profesionales del área de animación sociocultural del centro (supervisados por el área de psicológica y de trabajo social y de terapia ocupacional).*

##### Personal auxiliar de enfermería

##### Cuidados básicos:

- Cuidados básicos de la persona usuaria (**plan de cuidados de enfermería y de auxiliares**), que incluye las necesidades relacionadas con la **higiene, el vestido, incontinencia, alimentación, movilizaciones y los registros** asociados.
- La residencia dispondrá de los medios necesarios para la higiene, aseo, baño y para el cuidado estético y de la imagen de las personas residentes, movilizaciones, desplazamientos, etc. Se apoyará con las medidas técnicas y humanas necesarias a aquellas personas usuarias que precisen de ayuda para las actividades de la vida diaria.

##### Profesional de medicina

##### Atención médica:

- Se realizará una **valoración inicial al ingreso** de la persona residente, con elaboración del **historial sanitario**, indicaciones para las **actividades de la vida diaria, para la rehabilitación funcional y cognitiva** necesarias, así como el **tratamiento** a seguir.
- Las residencias de personas mayores dependientes deberán ofrecer a las personas residentes servicios de **atención, seguimiento y vigilancia médica** con independencia de los servicios y prestaciones de la sanidad pública a los que tenga derecho como personas ciudadanas.
- **Seguimiento del estado de salud y dieta** prescrita, que incluye una **analítica semestral, controles de peso y de ingesta**, valoración de la presencia o riesgo de **UPP** y valoración de la continuidad de las medidas de **sujeción**.

##### Valoración médica (historia clínica):

- Comenzará por la observación e inspección del estado general de la persona usuaria. Posteriormente, se realizará una exploración topográfica, tal y como se expone a continuación (también válida si se realiza por “aparatos”), y se registrará en la historia sociosanitaria de la persona usuaria.
  - Aspecto general: valoración de la actitud, del grado de conciencia, de atención y de colaboración; estado de hidratación y nutricional (peso, altura e índice de masa corporal).
  - Exploración neurológica: explorar el nivel de conciencia, los pares craneales (es frecuente que tengan pupilas pequeñas con reflejo fotomotor disminuido), la fuerza y la sensibilidad, el lenguaje, la marcha y el equilibrio. Constatar la presencia o no de rigidez, reflejos patológicos (como los de liberación frontal) y movimientos anormales.
  - Piel: observar la coloración y el estado, así como la posible existencia de atrofia cutánea, hematomas, petequias y úlceras de decúbito. - Genitales externos: valorar alteraciones como atrofia, ulceraciones o infecciones.
- La valoración médica incluirá también los resultados de las pruebas complementarias realizadas en función de las necesidades de la persona usuaria, además del control de sus constantes y un registro de las prescripciones farmacológicas y de la evolución médica.

##### Evaluación médica inicial y seguimiento:

- Anamnesis: antecedentes personales (factores de riesgo cardiovascular, síndromes geriátricos, cirugías, ingresos previos), tratamientos previos (fármacos y dosis, reacciones adversas medicamentosas) y enfermedades activas.
- Exploración física: aspecto general y exploración topográfica o por aparatos.
- Sensorial: agudeza visual y auditiva.
- **Valoración nutricional:** cribado para identificar personas mayores desnutridas o en riesgo de desnutrición mediante MNA y cálculo del índice de masa corporal o IMC.
- **Tratamiento farmacológico.**
- Prescripción de medidas de **sujeción mecánica/química.**
- **Pruebas complementarias** al ingreso y en las sucesivas valoraciones: analítica de sangre, orina, y electrocardiograma.
- **Objetivos semestrales de tratamiento de patologías crónicas.**
- **Valoración neurológica y psiquiátrica**, que comprenderá la anamnesis realizada por el personal médico y los antecedentes clínicos (diagnósticos previos a nivel neurológico y/o psiquiátrico), así como los nuevos diagnósticos realizados tras la valoración médica efectuada o la remisión al equipo especialista tras el ingreso.

#### Profesional de enfermería

- Atención de enfermería:
  - Dirigida a la prestación de los cuidados de enfermería tales como **preparación y administración de medicamentos, curas, sondajes** y otros. En el área de atención especializada, junto a la enfermería, habrá una zona en la que se ubicarán un mínimo de un **5 % de plazas en habitaciones para control continuo**. Estas no se contabilizarán como plazas autorizadas.
  - Mantenimiento y desarrollo de las **actividades básicas e instrumentales de la vida diaria**, que incluye su valoración mediante la Escala de **Barthel**.
  - Programación de actividades de intervención de enfermería.
- Valoración de enfermería:
  - Actividades colaborativas: Recogerá los siguientes datos: **tensión arterial, temperatura, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno y glucemia** (registro de constantes); **peso y talla** (registro antropométrico). La información se recogerá en la historia sociosanitaria de la persona usuaria. La valoración física del residente se realizará, preferiblemente, de forma conjunta con el médico/a, a fin de evitar molestias de la persona usuaria y una posible duplicidad en las actuaciones. Las personas profesionales de enfermería se ocuparán, asimismo, del **control de la administración del tratamiento** prescrito por el/la médico/a y de las actividades relacionadas (preparación de medicación; custodia de fármacos; control de caducidades; registro de administración de medicación; registro de aparición de efectos secundarios; organización y control del botiquín; entre otras).
  - Actividades propias: Valoración inicial de enfermería y establecimiento del **plan de cuidados de enfermería individualizado (PCEI)**, según el modelo de enfermería adoptado por el centro; preferiblemente, el modelo de V. Henderson de las 14 necesidades: **vestido, alimentación, eliminación, comunicación, movilización, oxigenación, reposo/sueño, aprendizaje, termorregulación, evitación de peligros, trabajo, vivir según las propias creencias y valores, participación en actividades recreativas**. Las personas profesionales de enfermería establecerán los cuidados delegados al personal auxiliar, los registros correspondientes y la forma de supervisión (registro de cuidados básicos: higiene y ducha; incontinencia; corte de uñas; afeitado y depilación; alimentación e hidratación; cambios posturales; entre otros). Y llevarán a cabo, asimismo, la valoración del riesgo de **úlceras por presión (UPP)** con una escala validada (Norton, Braden u otros), así como las medidas preventivas asociadas a ese riesgo, los registros correspondientes, la clasificación de UPP y la cura de úlceras no complicadas.
- Evaluación de enfermería:
  - Valoración inicial de enfermería y determinación del plan de cuidados.
  - **Cuidados delegados al personal auxiliar de enfermería** (cuidados básicos: higiene/ducha; deposiciones; micción; corte de uñas; afeitado/depilación; alimentación/hidratación; sujeciones, etc.) y sus correspondientes registros.
  - **Registro de caídas.**
  - ABVD: Escala de Barthel.
  - **Riesgo de úlceras por presión (UPP)** estimado mediante escala validada y medidas preventivas asociadas al riesgo.
  - Control de la administración de medicación.
  - **Objetivos semestrales de cuidados y actividades asociadas.**

#### Profesional de fisioterapia

- Atención de rehabilitación física. Fisioterapia:

- Las residencias de personas mayores dependientes deberán realizar actividades **de rehabilitación de mantenimiento, prevención, movilización o tratamientos individuales**, en función de las patologías y la dependencia funcional de quienes residen.
- Programación de actividades de rehabilitación física.
- Valoración del/la fisioterapeuta: Que incluirá una valoración inicial de aspectos tales como el **recorrido articular** y el **balance muscular medio**; el **riesgo de caídas**; los **productos de apoyo** necesarios y la **movilidad** (FAC/Tinetti/Get up and go u otros).
- Evaluación funcional del/la fisioterapeuta:
  - Valoración inicial de la persona usuaria (recorrido articular; balance muscular medio...).
  - Valoración del riesgo de caídas.
  - Valoración de necesidad de ayudas técnicas.
  - Movilidad.
  - Programa de **gimnasia gerontológica**.
  - Tratamientos rehabilitadores individualizados de la persona usuaria valorada.
  - Evolución de la persona usuaria: **Objetivos semestrales de rehabilitación**.

#### Profesional de psicología

- Atención psicológica:
  - Dirigida a propiciar la **adaptación** de la persona usuaria a su nuevo espacio vital, **facilitar la convivencia y la resolución de conflictos**, así como preservar y mantener la **función cognitiva, el bienestar emocional** de las personas residentes y el **tratamiento de alteraciones psicológicas** que incidan en la afectividad, conducta o estado emocional y cognitivo.
  - Programación de actividades de **rehabilitación cognitiva**.
- Valoración psicológica:
  - Valoración psicológica, que incluirá el **ámbito cognitivo** (MMSE/ MEC/ Test del reloj/ GDS de Reisberg u otros) y **afectivo** (Yesavage/ NPI/ Hamilton/Goldberg u otros), además del **nivel de ansiedad y la pauta de sueño**.
  - Evaluación psicológica: **Cognitiva. Afectividad. Ansiedad. Sueño**.
  - Programación de **talleres de estimulación cognitiva** y registros de asistencia.
  - Evolución de la persona usuaria.
  - **Objetivos semestrales**.

#### EQUIPAMIENTO SANITARIO MÍNIMO

##### - Consulta médica y la sala de enfermería y curas:

- La consulta médica y la sala de enfermería y curas de los centros de día y residencias de personas mayores dispondrán del siguiente equipamiento básico:

- Camilla de reconocimiento y curas de dimensiones adecuadas para adultos y preferiblemente regulable en altura.
- Caja de curas con elementos básicos.
- Maletín de urgencias/primeros auxilios.
- Sistema de aspiración de secreciones portátil.
- Sistema de oxigenoterapia (o pared o bala) o concentrador de oxígeno. – Tensiómetro con pie portátil de tamaño brazo grande.
- Aparato de electros (ECG) portátil.
- Pulsioxímetro.
- Fonendoscopio, otoscopio y oftalmoscopio.
- Báscula y tallímetro.
- Glucómetro.
- Mascarilla para nebulizaciones con alargadera.
- Jeringa 50 ml de acero inoxidable para extracción de tapones de cerumen.

##### - Farmacia depósito de medicamentos / servicio de farmacia:

- Se estará a lo dispuesto en la normativa sanitaria aplicable, Ley 6/1998 de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Valenciana y Decreto 42/2021, de 18 de marzo, del Consell, de regulación de la prestación farmacéutica en los centros sociosanitarios en la Comunitat Valenciana, así como a la norma que lo sustituya o desarrolle.

##### - Sala de rehabilitación:

- Destinada a sala de ejercicios de rehabilitación. Debe disponer del espacio suficiente para poder ubicar el equipamiento necesario, estando en relación proporcional al volumen de actividad rehabilitadora del centro.



- A modo orientativo, dispondrán de elementos que permitan los ejercicios tales como: espejo cuadrulado, sacos lastrados, bipedestadores, bicicleta estática, pedalier, rampa con escaleras, espalderas, paralelas, poleas, mesa de ejercicio de manos, escalera de dedos, bandas elásticas, cuña de facilitación, juego de picas, manguito con lastre con velcro, muelle de Raeder, rodillo, balones medicinales, juego de pesas, estetoscopio, tensiómetro, pulsioxímetro, espirómetro de incentivo, andador, muletas, y aparatos o materiales para la aplicación de técnicas de electro y termoterapia.

#### UNIDAD DE CUIDADOS CONTINUADA (Residencias personas mayores) DECRETO 27/2023

*“Tendrán una capacidad de un 5% sobre el total de plazas y no contabilizarán como plazas autorizadas. Los requisitos mínimos serán los siguientes:*

*-El acceso será a través de puertas desde espacios de circulación y próximas a los ascensores. No podrá utilizarse como paso a esta unidad cualquier otra unidad convivencial. Las puertas de entrada podrán incorporar un sistema de restricción de entradas y salidas.*

*-Unidad de control médico/enfermería. Su ubicación deberá permitir una buena visibilidad de las habitaciones. Dispondrá de zona de trabajo para el personal de la unidad y espacio para la medicación. El archivo deberá estar ubicado en un lugar independiente donde puedan acceder el equipo profesional del equipo técnico.*

*-Baño para personas con necesidades especiales.*

*-Habitaciones de control continuado. Serán individuales. Con baño accesible en su interior. Dispondrán de un sillón para los familiares que quieran acompañar a las personas mayores en su proceso de óbito. Igualmente, las puertas de acceso a las habitaciones serán correderas y dispondrán de un dispositivo de apertura automático por proximidad. Dispondrán de una instalación de oxígeno medicinal y vacío.”*