

PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA SALUD DE PERSONAS EN CENTROS RESIDENCIALES

noviembre 2022

ÍNDICE

1. Justificación	3
2. Objetivos	4
3. Tipología de residentes	4
4. Organización en la prestación de la asistencia sanitaria	4
4.1. Identificación de la población residente	4
4.2. Modelos de prestación sanitaria en centros residenciales	5
4.3. Agentes que intervienen y funciones	9
4.3.1. La Dirección de Atención Primaria	9
4.3.2. Los coordinadores de los centros de salud	10
4.3.3. El profesional sanitario referente del programa en el centro de salud	10
4.3.4. Los profesionales sanitarios de atención directa	11
4.3.5. Servicios de farmacia de Atención primaria, de Hospital y farmacéuticos de Oficina de farmacia	11
5. Comunicación y coordinación	12
6. Formación coordinada, profesionales de centro residencial y de centros de salud	12
7. Sistemas de información	13
8. Evaluación del programa	17
9. Fases implantación y seguimiento	18
10. ANEXOS programas asistenciales	20

1. Justificación

El equipo de Atención primaria es el responsable final de la atención sanitaria de las personas que tienen como domicilio habitual un centro residencial. Por tanto, la atención sanitaria en residencias de su zona de salud debe estar integrada dentro de la organización de cada equipo de Atención Primaria (EAP).

- *La epidemia COVID-19 ha puesto de manifiesto la necesidad de una atención específica a las personas mayores cuyo domicilio habitual es una residencia.*
- *La situación epidémica vivida en los últimos meses ha puesto en evidencia el valor de los cuidados, tanto del conjunto de los profesionales que los realizan, como de las iniciativas de entidades sociales y vecinales, para cuidar de las personas más vulnerables.*
- *Cobra especial relevancia la necesidad de coordinación entre las diferentes administraciones públicas como responsables de esta asistencia que engloba una atención personalizada.*
- *También se debe garantizar el cumplimiento de la ley en cuanto a vigilancia y control de los establecimientos donde residen las personas mayores como vivienda colectiva.*

Son áreas prioritarias de atención sanitaria por parte del EAP las orientadas a:

- Identificar las necesidades de salud de esta población y proporcionar la correcta respuesta a la atención de sus cuidados sanitarios.
- Responder eficazmente a las necesidades de esta población en relación con sus enfermedades crónicas prevalentes, las situaciones de discapacidad, de riesgo de enfermar y de fragilidad.
- Desarrollar estrategias de intervención centradas en la promoción de la salud comunitaria, la prevención de la enfermedad y la promoción de la autonomía personal.
- Garantizar la continuidad de la atención y los cuidados mediante la gestión efectiva y la coordinación de los recursos humanos y materiales disponibles.
- Coordinar el funcionamiento de los equipos multiprofesionales del centro de salud, de Salud Pública y de la propia entidad residencial.

“El Programa de atención a la salud de personas en centros residenciales” surge por la necesidad de respuesta efectiva de los servicios sanitarios y sociales en la prestación continuada de cuidados. Por ello plantea una atención a las personas que viven en residencias basada en la comunicación y la colaboración entre los profesionales sanitarios de los centros de salud y de los centros sociales residenciales y/o técnicos de cuidados.

2. Objetivos

- Facilitar el desarrollo de Estrategias y Programas de salud que afectan a las personas que viven en centros residenciales, en función de sus riesgos y morbilidad, en coordinación con los profesionales sanitarios de la residencia, si los tuviera.
- Disponer de un sistema de información conjunto (SIRCOVID e Historia clínica electrónica) (ver punto 7) que permita el uso compartido de información clínica y funcional con el fin de facilitar el seguimiento de la atención prestada.

3. Tipología de residentes

- a. Personas mayores autónomas e independientes.
- b. Personas mayores con pérdida de autonomía personal/fragilidad.
- c. Personas con multimorbilidad/Pacientes crónicos complejos
- d. Personas con procesos demenciales (Alzheimer, demencias vasculares y otras) o con enfermedad mental o discapacidad intelectual con deterioro cognitivo.
- e. Personas con discapacidad física y/o sensorial y/o intelectual.
- f. Personas en fase final de vida.

4. Organización en la prestación de la asistencia sanitaria

El modelo de atención sanitaria en las residencias no debería ser diferente a la oferta de servicios de Atención Primaria para la población en general. Es decir, llevar a cabo en las residencias una asistencia sanitaria que incluya una valoración adecuada de los/as pacientes, la elaboración del plan de cuidados individualizado, su atención clínica (urgente y programada) y seguimiento, con el fin de garantizar los cuidados que se pueden prestar en dicho entorno y evitar así hospitalizaciones innecesarias.

Para desarrollar este modelo se tendrá en cuenta:

4.1. Identificación de la población residente

La atención sanitaria que un EAP presta a la población de la zona de salud tiene que acompañarse de una correcta identificación de las personas y los domicilios en esa zona. Para ello:

- Cada persona que vive en una residencia debe tener actualizada su situación de asignación de médico/a y enfermero/a del centro de salud correspondiente a la Zona Básica de Salud en la que se encuentra la residencia.
- Cada centro de salud debería organizar la atención sanitaria a las personas cuyo domicilio habitual es un centro residencial

En la actualidad, las residencias gestionan las altas y las bajas de residentes a través del programa de SIRCOVID (ver punto 7), generando propuestas de modificación de la Base de datos de usuarios (BDU) a través de mensajería interna. Las unidades de admisión de los centros de salud son las encargadas de validar las propuestas diariamente, realizando los cambios de domicilio y de asignación asistencial en BDU de estas personas. De esta forma, se consigue mayor eficacia y rapidez en la tramitación, siendo un paso fundamental, ya no solo para la propia asistencia sanitaria de la persona residente, sino para disponer de la información completa y fehaciente en las distintas bases de datos.

4.2. Modelos de prestación sanitaria en centros residenciales

Cada EAP decidirá el modo de organización de la prestación sanitaria en las residencias de su zona, bien asignando un equipo médico/a– enfermero/a, responsable de la atención en medio residencial, o bien, identificando un número reducido de equipos de profesionales sanitarios donde se agrupen las personas en residencias hasta ahora dispersas en todos los cupos médicos.

De cualquier manera, las intervenciones de los profesionales del EAP en los centros residenciales deben ser organizadas por un equipo multidisciplinar donde las funciones de cada integrante queden perfectamente definidas y con responsabilidad final y en cuya labor se integrará el/la farmacéutico/a de atención primaria para la coordinación de los programas de uso racional de medicamentos.

La prestación sanitaria también comprenderá la inclusión de las personas que lo precisen en los siguientes programas y estrategias de salud: programa de atención al paciente crónico complejo, paciente anciano, paciente dependiente, paciente terminal, programa de vacunaciones, estrategia de atención comunitaria, así como los correspondientes a diferentes situaciones de morbilidad.

De forma progresiva, se iniciará el Programa de Revisión de la Medicación en centros residenciales de forma coordinada entre los profesionales del centro de salud responsables de la atención de cada paciente y los farmacéuticos de atención primaria (FAP) para revisar periódicamente la medicación de los pacientes y proponer estrategias de mejora de la efectividad, seguridad y eficiencia de los tratamientos.

Del mismo modo los farmacéuticos de Oficina de farmacia que tenga asignado un depósito de medicamentos según normativa vigente, podrán desarrollar las actuaciones que deriven de dicha normativa, siempre en colaboración con los FAP y profesionales del centro de salud responsables de la atención de cada paciente.

Se distinguen **tres modelos** de organización de la atención sanitaria, en función de la titularidad de los centros residenciales y de la existencia o no de profesionales sanitarios contratados por los mismos:

Residencias para personas mayores y personas con discapacidad con profesionales sanitarios contratados por la residencia:

En las residencias con profesionales sanitarios contratados, éstos son los responsables en el día a día de la atención de cuidados directos de las personas residentes.

Los profesionales sanitarios del centro de salud con pacientes asignados en residencias deben conocer y valorar cada nuevo ingreso, decidir sobre su inclusión en los diferentes programas de atención (si es el caso) y coordinarse con los profesionales del centro residencial para la atención y seguimiento de las personas que allí viven, en un entorno de colaboración.

Las prestaciones deberían incluir:

- Valoración integral:

Comprenderá la valoración clínica y la valoración de las siguientes necesidades:

- Respiración: valoración de dificultad en la respiración y signos de disnea.
- Alimentación: autonomía y valoración nutricional
- Movilidad: autonomía
- Eliminación: autonomía.
- Higiene y cuidados de la piel
- Seguridad: Adherencia al tratamiento, riesgo de caídas.
- Sueño y reposo.
- Comunicación
- Creencias y valores.

- Plan personal que integre:

- Plan terapéutico farmacológico y no farmacológico
- Plan de cuidados individualizado

- Seguimiento:

Plan personal que incluye los programas de atención propuestos por la Dirección General de Asistencia Sanitaria para el control y seguimiento de personas mayores: atención al anciano, atención al paciente crónico complejo, atención a la persona dependiente, inmovilizado, terminal, Programa de Revisión de la Medicación en centros residenciales, así como a las patologías crónicas que requieren seguimiento, con el cumplimiento de los protocolos establecidos, como por ejemplo la atención a pacientes diabéticos y revisión de los pies y la atención al paciente EPOC con prescripción de oxigenoterapia, la atención a pacientes anticoagulados, etc. (Ver ANEXOS del Programa)

- Detección de problemas sociales y colaboración con trabajo social.
- Gestión de casos: seguimiento tras el alta hospitalaria, visitas médicas concertadas, etc.

- El registro en historia clínica de intervenciones sanitarias y farmacoterapéuticas en residentes

Periodicidad de valoración y seguimiento:

- En situación estable se aconseja realizar una valoración y seguimiento de acuerdo a las necesidades detectadas.
- En situación aguda o de cuidados especiales se aconseja adaptar la frecuencia de las visitas a las necesidades detectadas, de forma que pueda realizarse una atención diaria o programada cada varios días hasta la resolución del proceso.

Residencias para personas mayores y personas con discapacidad sin profesionales sanitarios contratados por la residencia:

Los profesionales responsables de la atención sanitaria en el centro residencial son los equipos designados en el centro de salud de zona para dicha actividad.

En este caso la responsabilidad de la atención exige la organización de todas las intervenciones en el centro de salud, incluida la atención continuada.

Las prestaciones deberían incluir:

- Valoración integral:

Comprenderá la valoración clínica y la valoración de las siguientes necesidades:

- Respiración: valoración de dificultad en la respiración y signos de disnea.
- Alimentación: autonomía y valoración nutricional
- Movilidad: autonomía
- Eliminación: autonomía.
- Higiene y cuidados de la piel
- Seguridad: Adherencia al tratamiento, riesgo de caídas.
- Sueño y reposo.
- Comunicación
- Creencias y valores.

- Plan personal que integre:

- Plan terapéutico farmacológico y no farmacológico
- Plan de cuidados individualizado

- Seguimiento:

Plan personal que incluye los programas de atención propuestos por la Dirección General de Asistencia Sanitaria para el control y seguimiento de personas mayores: atención al anciano, atención al paciente crónico complejo, atención a la persona dependiente, inmovilizado, terminal, Programa de Revisión de la Medicación en centros residenciales, así como a las patologías crónicas que requieren seguimiento, con el cumplimiento de los protocolos establecidos, como por ejemplo la atención a pacientes diabéticos y revisión de los pies y la atención al

paciente EPOC con prescripción de oxigenoterapia, la atención a pacientes anticoagulados, etc. (Ver ANEXOS del Programa).

- Detección de problemas sociales y colaboración con trabajo social.
- Gestión de casos: seguimiento tras el alta hospitalaria, visitas médicas concertadas etc.
- El registro en historia clínica de intervenciones sanitarias y farmacoterapéuticas en residentes

Periodicidad de valoración y seguimiento:

- En situación estable se aconseja realizar una valoración y seguimiento de acuerdo a las necesidades detectadas.
- En situación aguda o de cuidados especiales se aconseja adaptar la frecuencia de las visitas a las necesidades detectadas, de forma que pueda realizarse una atención diaria o programada cada varios días hasta la resolución del proceso.

Residencias para personas mayores y personas con discapacidad del Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS) con profesionales sanitarios

Los profesionales sanitarios del centro de salud con pacientes asignados en estas residencias deben coordinarse con los profesionales sanitarios del centro residencial para la atención a las personas que allí viven, en un entorno de colaboración.

Dichos profesionales tienen o van a tener progresivamente acceso a la Historia clínica electrónica del Sistema público de salud (tanto para su consulta, como para el registro de episodios durante su estancia en el centro residencial), así como acceso a la petición de determinadas pruebas complementarias para el seguimiento de los pacientes.

Se trabajará en coordinación con dichos profesionales sanitarios para la inclusión y seguimiento de los residentes en los programas de atención descritos anteriormente.

Las prestaciones deberían incluir:

- Valoración integral:

Comprenderá la valoración clínica y la valoración de las siguientes necesidades:

- Respiración: valoración de dificultad en la respiración y signos de disnea.
- Alimentación: autonomía y valoración nutricional
- Movilidad: autonomía
- Eliminación: autonomía.
- Higiene y cuidados de la piel
- Seguridad: Adherencia al tratamiento, riesgo de caídas.

- Sueño y reposo.
- Comunicación
- Creencias y valores.
- Plan personal que integre:
 - Plan terapéutico farmacológico y no farmacológico
 - Plan de cuidados individualizado

- Seguimiento:

Plan personal que incluye los programas de atención propuestos por la Dirección General de Asistencia Sanitaria para el control y seguimiento de personas mayores: atención al anciano, atención al paciente crónico complejo, atención a la persona dependiente, inmovilizado, terminal, Programa de Revisión de la Medicación en centros residenciales, así como a las patologías crónicas que requieren seguimiento, con el cumplimiento de los protocolos establecidos, como por ejemplo la atención a pacientes diabéticos y revisión de los pies y la atención al paciente EPOC con prescripción de oxigenoterapia, la atención a pacientes anticoagulados, etc. (Ver ANEXOS del Programa).

- Detección de problemas sociales y colaboración con trabajo social.
- Gestión de casos: seguimiento tras el alta hospitalaria, visitas médicas concertadas etc.
- El registro en historia clínica de intervenciones sanitarias y farmacoterapéuticas en residentes

Periodicidad de valoración y seguimiento:

- En situación estable se aconseja realizar una valoración y seguimiento de acuerdo a las necesidades detectadas.
- En situación aguda o de cuidados especiales se aconseja adaptar la frecuencia de las visitas a las necesidades detectadas, de forma que pueda realizarse una atención diaria o programada cada varios días hasta la resolución del proceso.

4.3. Agentes que intervienen y funciones

Para el desarrollo del “Programa de atención a la salud de personas en centros residenciales” es precisa la colaboración estrecha de:

4.3.1. La Dirección de Atención Primaria.

Desde las direcciones del sector se propondrán los modelos de organización dependiendo del tamaño de la residencia, ubicación, tipo de centro. Todos los residentes pueden ser asignados a uno o varios cupos de médico y enfermera del centro de salud.

En el caso de varias residencias en la misma zona de salud, la distribución seguiría el mismo patrón, dependiendo del nº de plazas, éstas se distribuirán

entre un equipo de médico y enfermera o varios equipos de médico y enfermera por cada residencia.

En las zonas rurales es conveniente adaptarse a las características de la zona y tamaño del cupo, pudiendo ser atendido por un médico y una enfermera asignados al centro.

4.3.2. Los coordinadores de los centros de salud

Los coordinadores de los centros de salud, medico/a y enfermero/a tendrá las siguientes funciones en el programa:

- Facilitar la colaboración de los profesionales sanitarios del centro de salud y los profesionales contratados en los centros residenciales y las Direcciones de los centros
- Coordinar la atención sanitaria de las personas en residencias prestada desde el centro de salud.
- Facilitar la coordinación con Salud Pública (para vigilancia epidemiológica, vacunas, etc) y con otras administraciones.

4.3.3. El profesional sanitario referente del programa en el centro de salud.

El profesional sanitario referente del programa en cada EAP con residencias en su zona de salud, será la responsable funcional de la implantación, seguimiento y evaluación del “Programa de atención a la salud de personas en centros residenciales”, sus funciones serán:

- Obtener y proporcionar a los profesionales del EAP información de la estructura y el funcionamiento de los centros residenciales en la zona básica de salud.
- Facilitar a los profesionales del EAP información periódica sobre la morbilidad de las personas en residencias de la zona, y analizar la situación de salud de los residentes del centro. (GMA, resultados del cuadro de mandos, indicadores incluidos en los Acuerdos de Gestión Clínica (AGC)).
- Colaboración con el grupo de atención comunitaria del EAP para llevar a cabo acciones comunitarias en centros residenciales.
- Colaboración con el Farmacéutico de atención primaria para la puesta en marcha del programa de revisión de la medicación en centros residenciales de la zona de salud.
- Coordinar la formación de apoyo a los trabajadores de la residencia sobre cuidados básicos, y los temas que se derivan de una actualización y nueva organización de acuerdo a la implantación del Programa de atención a personas mayores en centros residenciales.
- Revisar periódicamente la actividad realizada para garantizar los cuidados de las personas residentes, que incluye:

✓ Valoración integral

- ✓ Plan personal
 - ✓ Seguimiento clínico
 - ✓ Detección de problemas sociales y colaboración con trabajo social.
 - ✓ Gestión de casos: seguimiento tras el alta hospitalaria, visitas médicas concertadas.
 - ✓ El registro en historia clínica de intervenciones sanitarias en residentes
- Proponer y revisar las agendas programadas para la atención de los residentes con los equipos del centro de salud responsables de la atención en centros residenciales, visibilizando el tipo y número de actos necesarios para llevar a cabo la atención a dichas personas.
 - Proponer nuevos indicadores de evaluación del Programa, teniendo en cuenta los indicadores clínicos ya incluidos en los AGC.
 - Elaborar los informes de implantación y seguimiento del programa de atención a personas en residencias.

4.3.4. Los profesionales sanitarios de atención directa

Los profesionales sanitarios de atención directa son los profesionales del equipo de atención primaria que tienen asignada esa residencia y los profesionales contratados por la misma, si es el caso. Sus funciones han sido descritas en los apartados anteriores.

4.3.5. Servicios de farmacia de Atención primaria, de Hospital y farmacéuticos de Oficina de farmacia

Cada residencia tendrá identificado un Servicio de farmacia propio o un depósito de medicamentos, así como un farmacéutico de referencia que actuará según el modelo de atención farmacéutica y gestión de la prestación que establezca la normativa vigente de la Comunidad Autónoma:

- En el caso de que la residencia tenga el depósito de medicamentos asignado a una Oficina de farmacia, desde esta se deberá realizar el mantenimiento de los depósitos y considerar los aspectos formativos sobre conservación y administración de los fármacos en los centros sociales a los que se presta atención farmacéutica. El farmacéutico deberá trabajar de forma coordinada con los responsables de la atención sanitaria del centro.
- En el caso de que la residencia tenga el depósito de medicamentos vinculada a un Servicio de Farmacia de hospital de la red pública de referencia en el área o zona de influencia, será un farmacéutico del sistema público el que realizará las funciones de atención farmacéutica y gestión de la prestación.
- Los Servicios de Farmacia de Atención Primaria iniciarán el Programa de Revisión de la Medicación en centros residenciales de forma coordinada con los profesionales del centro de salud.

5. Comunicación y coordinación

La comunicación del centro de salud y el centro residencial se establecerá en primer lugar con la dirección del centro y a continuación entre los profesionales sanitarios responsables de la atención de las personas residentes o si no los hubiera, con las personas asignadas en la residencia para la atención personal y cuidado de cada residente.

En el caso de que el centro residencial cuente con servicio sanitario propio, se constituirá un equipo de trabajo que definirá y protocolizará el modelo de colaboración profesional a desarrollar entre el personal propio del centro y el del EAP.

Este equipo estará integrado por los Coordinadores del centro de salud, el profesional sanitario responsable del Programa de atención a la salud de personas en centros residenciales, el equipo responsable de la atención sanitaria en el centro residencial, los profesionales contratados del centro residencial incluido un representante de los técnicos de cuidados y la dirección del centro.

El protocolo de colaboración deberá incluir:

- Acciones a desarrollar por los profesionales del sistema de salud y residencial para garantizar la Atención individualizada de personas residentes de acuerdo a las necesidades de cuidados.
- Modo de comunicación con la dirección del centro residencial y con los profesionales sanitarios: tipo de información a intercambiar, vía de comunicación, periodicidad, etc.
- Sistemas de información de uso compartido: SIRCOVID, HCE
- Colaboración en la formación del personal de atención directa
- Medidas de prevención y acciones promotoras de salud orientadas a la vida cotidiana de las personas residentes.
- Coordinación con Salud Pública (para la vigilancia epidemiológica, vacunaciones, etc)

En los centros residenciales sin personal sanitario, la comunicación se establecerá entre los profesionales sanitarios del centro de salud responsables de la atención de cada residente y la persona asignada en la residencia para su atención personal y cuidado.

6. Formación coordinada, profesionales de centro residencial y de centros de salud.

Otro punto a tener en cuenta es la formación del personal en la prestación de cuidados básicos a las personas mayores y en la organización precisa de dicha atención, de manera que respondan a las necesidades asistenciales, de salud pública y sociales.

En este sentido, se incorporará a la sistemática de trabajo que se acuerde con cada centro residencial:

- Formación relacionada con los cuidados a prestar en cada caso
- Formación sobre la oferta de cartera de servicios de Atención Primaria que se debe garantizar a los residentes, así como sobre los indicadores incluidos en los AGC.
- Formación del uso de herramientas para la recogida e intercambio de información
- Formación sobre el correcto mantenimiento de los depósitos de medicamentos: adecuación de los stocks, conservación, control de caducidades...
- Formación para la Salud Pública (vigilancia epidemiológica, vacunaciones, etc)

7. Sistemas de información

La atención sanitaria de las personas que viven en residencias, al igual que el resto de la población, va acompañada del registro de los cuidados, las prescripciones, procedimientos, pruebas diagnósticas etc. Compartir esta información entre los profesionales de los diferentes niveles asistenciales facilita la continuidad en la atención.

Desde el centro de salud, los sistemas de información disponibles son: OMIAP, Historia Clínica Electrónica del Servicio Aragonés de Salud (HCE) y Epiware.

La Historia clínica electrónica es la herramienta del sistema sanitario público en Aragón para este fin y en ella se recogen los datos de los contactos de cada persona con el sistema sanitario. A ella tienen acceso todos los profesionales sanitarios, tanto del ámbito de atención primaria como de especializada y, además, tiene la capacidad de interoperar con otros sistemas de información, como, por ejemplo, SIRCOVID.

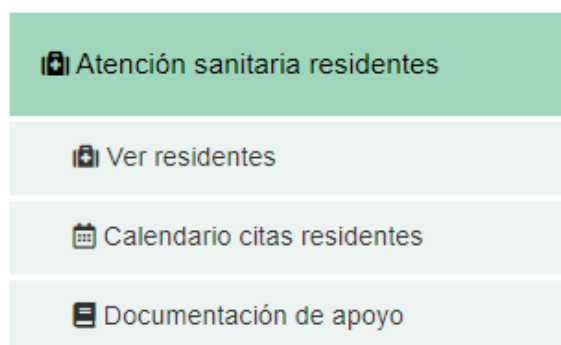
SIRCOVID es el sistema de información de centros residenciales que fue creado con motivo de la pandemia COVID-19 y que ofrece la posibilidad de interoperabilidad con Historia clínica electrónica. Todos los centros residenciales de la comunidad autónoma disponen de acceso a este programa. En este sistema, podemos encontrar información estructural del centro social, datos sobre sus usuarios y trabajadores, información epidemiológica e información clínica, principalmente. Además de personal directivo y sanitario de residencias, acceden otros usuarios para el desempeño de sus funciones, como técnicos de salud pública y profesionales de inspección de centros sociales. Sin embargo, dado su interoperatividad con HCE, no es necesario el acceso a SIRCOVID por parte de los profesionales del Servicio Aragonés de Salud, dado que la información recogida en esta plataforma, está disponible en HCE.

En aras de conocer la información con la que cuenta el centro social residencial, se expone a continuación, de forma general los apartados de SIRCOVID.

- a. **Módulo de “Gestión de centros sociales”:** la principal función de este apartado es dar de alta y de baja a los residentes y trabajadores del centro social residencial.



- b. **Módulo de “Atención sanitaria de residentes”:** en éste, se puede encontrar información relativa a la salud de las personas residentes.



Se dispone de un calendario de citas desde el cual el personal de la residencia puede visualizar las citas programadas de atención especializada. También, existe otro apartado en el que se recoge documentación de apoyo como, por ejemplo, el protocolo de buenas prácticas en el uso de medidas de sujeción de Aragón.

En el apartado de “ver residentes”, se puede encontrar la siguiente información relativa a cada persona:

- Los datos de BDU: donde se recogen el domicilio y la asignación asistencial de la persona residente.
- La “Ficha de residente”: en la que se incluye la hoja de tratamiento, las prescripciones activas, vacunación, alergias y anticoagulación oral.
- Las citas pendientes.
- Y, la “Carpeta de salud”: es el espacio de SIRCOVID a través del cual se pueden visualizar diferentes bloques de información contenida en la historia clínica electrónica del sistema sanitario, entre ellos:
 - Diagnósticos.
 - Informes de radiología.
 - Informes de laboratorio.
 - Informes de alta de urgencias.
 - Informes de anatomía patológica.
 - Informes de hospitalización



También se dispone de un apartado de Cuidados residenciales. En éste, están recogidos los registros de los profesionales sanitarios de la residencia, incluyendo enfermería, medicina, fisioterapia y de terapia ocupacional.



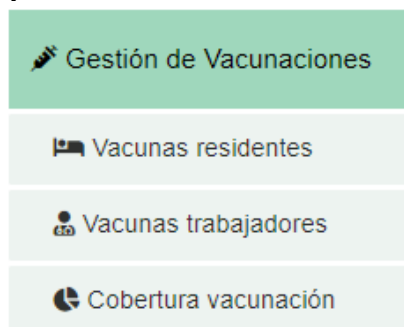
En estos apartados, los profesionales del centro residencial pueden realizar anotaciones y adjuntar documentación, como valoraciones y escalas. Asimismo, las valoraciones de enfermería disponibles en historia clínica electrónica, también pueden ser visualizadas por el personal de la residencia en este apartado.

Cabe destacar que, para acceder a la carpeta de salud, así como, a los apartados de enfermería, fisioterapia y terapia ocupacional, se deben de cumplir una serie de requisitos. Por un lado, que la persona residente o su tutor/tutora, haya firmado el documento de “Autorización para el tratamiento de datos personales y atención farmacéutica en centros de servicios sociales especializados de naturaleza residencial”. Este documento se debe adjuntar en la plataforma y debe ser validado por el equipo de gestión de SIRCÓVID.

Por otro lado, el centro residencial debe disponer de autorización por parte de la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Departamento de Sanidad, para el servicio de enfermería, de fisioterapia y/o de terapia ocupacional. Una vez comprobado que disponen de autorización para el servicio, se procede a dar acceso personal a SIRCÓVID al profesional correspondiente, previa firma del acuerdo de confidencialidad.

También incluido en el bloque de cuidados residenciales, se encuentra el espacio de “Contención física”, en el que se incluye el documento de indicación médica de contención y el consentimiento informado/autorización de contención. Para la cumplimentación y visualización de este apartado, no son necesarios los requisitos anteriores, pudiendo ser cumplimentado y visualizado tanto por el personal sanitario como otros profesionales de la residencia que dispongan de acceso a SIRCÓVID, como trabajadores sociales o coordinadores residenciales. En este espacio, el personal de la residencia también puede visualizar las prescripciones de contención física registradas en la historia clínica de la persona.

- c. **Módulo de gestión de vacunaciones:** En este apartado, los usuarios pueden visualizar las vacunas reflejadas en la historia clínica electrónica de los residentes y de los trabajadores.



También, desde la residencia, registran las vacunas administradas por el personal sanitario del propio centro social, bien sea contra el neumococo o la vacuna antigripal. Este dato, se transmite a la historia clínica electrónica.

Vacuna:

Laboratorio:

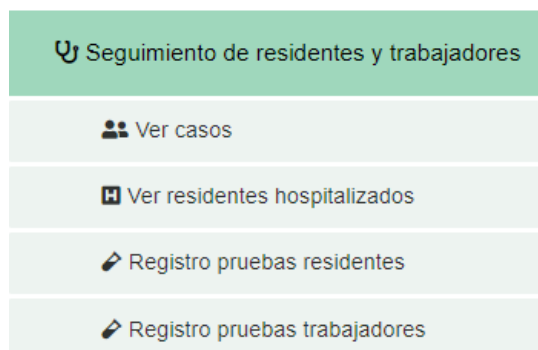
Lote:

Fecha de Caducidad:

Grupo de riesgo:

Lugar anatómico:

- d. **Módulo de Seguimiento de residentes y de trabajadores:** en este apartado, el personal sanitario puede registrar las pruebas de covid19 realizadas en el centro y, visualizar los casos asociados o no a brotes epidemiológicos.



Como se ha expuesto, toda esta información contenida en SIRCOVID está accesible en HCE, tanto la información general del centro como la información individual de la persona residente.

En historia clínica electrónica, se dispone de la posibilidad de consultar el listado de residentes y de trabajadores existentes en un centro social. Esta opción, está habilitada en la pestaña de Listados>Residencias, pudiéndose aplicar diferentes filtros según se precise y, exportar el listado.

Paciente	Categoría	Consentimiento vacunación	1ª Dosis	2ª Dosis	3ª Dosis	Acciones
Sexo: ♀ - Edad: 81	Residente	ACEPTADA	27/12/2020	19/01/2021	21/09/2021	Registrar Vacuna Descargar volante primera dosis Descargar volante segunda dosis Descargar volante tercera dosis

Asimismo, desde la historia clínica electrónica de estos residentes, se puede visualizar la información que los profesionales sanitarios de la residencia cumplimentan en la plataforma, así como los documentos que adjuntan. Para ello, se ha habilitado en el sumario un botón de acceso a la información recogida en SIRCOVID.

En este evolutivo, se visualizarán las anotaciones y documentación de SIRCOVID registradas por el personal de enfermería, de medicina, de fisioterapia y de terapia ocupacional; así como, los registros y documentos relativos a la sujeción física.

Por otro lado, existe la posibilidad de acceder al programa OMIAP o a historia clínica electrónica desde los equipos informáticos de las propias residencias, habilitando un acceso en remoto para los profesionales sanitarios de los centros de salud. De este modo, el registro de la atención prestada a las personas residentes se puede llevar a cabo in situ, asemejándolo al registro en el propio centro de salud.

8. Evaluación del programa

La evaluación del Programa de atención a la salud de personas en centros residenciales se llevará a cabo a través de:

1. Indicadores de implantación del programa

2. Reuniones conjuntas de todos los implicados en el programa, coordinadores, profesionales sanitarios referentes del programa en los equipos, equipos responsables de la atención, profesionales referentes de los centros residenciales, que servirán para evaluar:
 - Dificultades detectadas.
 - Propuestas de acciones de mejora.
 - Grado de cumplimiento en los registros.
 - Satisfacción en la comunicación y coordinación.
 - La dotación de recursos humanos y materiales
3. La evaluación del seguimiento clínico se realizará mediante los indicadores clínicos incorporados en el Acuerdo de Gestión Clínica del centro de salud de referencia.

9. Fases implantación y seguimiento

Se plantean una serie de acciones organizadas en dos fases, la primera fase de análisis y organización dentro el sistema sanitario y la segunda fase, en colaboración con las residencias, teniendo en cuenta que pueden coexistir en cada sector diferentes velocidades en la implantación del programa.

Se seleccionarán indicadores de algunas de las siguientes acciones que permitirán el seguimiento y evaluación del programa en el Contrato Programa.

FASE 1 ANÁLISIS Y ORGANIZACIÓN EN EL SISTEMA SANITARIO

Acción 1: Identificación de profesionales referentes del programa en los diferentes niveles.

En cada EAP: coordinadores de EAP, sanitarios responsables de asistencia, referente del programa

Indicador: % EAP con profesional sanitario referente del Programa
Responsable: Direcciones de Atención primaria.

Acción 2: Presentación a coordinadores de EAP y primera sesión informativa a referentes

Responsable: Direcciones de Atención primaria/Dirección General Asistencia Sanitaria.

Acción 3: Formación a profesionales sanitarios de atención primaria especialmente a referentes del programa.

Indicador: % referentes que han participado en los cursos de formación.
Responsable: Dirección General Asistencia Sanitaria

Acción 5: Elaboración de infografía para cada programa/estrategia con acciones coordinadas clave para la valoración, atención y seguimiento

Responsable: Dirección General Asistencia Sanitaria

Acción 4: La Dirección de Atención Primaria elaborará un documento en el que se describe el acuerdo alcanzado con cada EAP sobre el modo de organización para realizar la atención residencial en la Zona Básica de Salud (ZBS).

A partir de información de los profesionales (identificados a través del CIAS) que atienden residencias y de información de estructura y funcionamiento de centros

residenciales de cada ZBS en cada sector (nº total residentes, nº residentes aseguramiento público, servicio sanitario autorizado y tipo...)

Indicador: Documento con acuerdos con todos los EAP del sector en Epiware

Responsable: Direcciones de Atención primaria.

Acción 5: Identificación de estrategias y programas a implantar (programa de atención al paciente crónico complejo, paciente anciano, paciente dependiente, paciente terminal, programa de vacunaciones, programa de atención comunitaria, programa de Revisión de la Medicación en centros residenciales ...).

Responsable: Equipo de atención primaria/Profesional referente.

Acción 6: Identificación de personas incluidas en la actualidad en el Programa Crónico complejo (PCC), u otros programas

Responsable: Equipo de atención primaria/Profesional referente.

FASE 2 COLABORACIÓN CON CENTROS RESIDENCIALES

Acción 1: El EAP analiza la información de cada centro, número de personas residentes y establece actividad programada con horario y agenda

Indicador: % EAP con actividad programada en agendas

Responsable: Equipo de atención primaria (coordinadores, sanitarios atención directa, profesional referente)

Acción 2: Comunicación del Programa a residencias.

Identificación de referentes. Sesión conjunta

Responsable: Equipo de atención primaria (coordinadores, sanitarios atención directa, profesional referente)

Acción 3: Protocolizar el modelo de colaboración entre profesionales del centro de salud y personal de cada residencia

Responsable: Equipo de atención primaria (coordinadores, sanitarios atención directa, profesional referente)

Acción 4:

Identificación de los pacientes en los que se realiza atención farmacéutica según el Programa de revisión de la medicación.

Responsable: Farmacéutico/a de Atención primaria, Equipo de atención primaria

10. ANEXOS programas asistenciales