



Análisis comparado de los modelos de atención domiciliaria sanitarios y sociales del Sistema Nacional de Salud y del Sistema de Atención a la Dependencia

29 de noviembre de 2019

Autores:
Josep Fusté
Joan Cànovas
Carles Oliete
Oriol Fuertes

Índice

1. Introducción	2
2. Objetivos del estudio	3
3. Metodología	3
3.1. Selección de casos de estudio	4
3.2. Definición de preguntas de estudio	4
3.3. Métodos	5
4. Resultados	7
4.1. La atención domiciliaria en los documentos marco de las políticas sanitarias y sociales de las Comunidades Autónomas	7
4.2. Análisis cualitativo de los elementos clave que configuran el modelo de atención domiciliaria y experiencias innovadoras en el contexto español e internacional	34
1. Gobernanza	34
2. Cartera de servicios	39
3. Financiación	44
4. Organización de los equipos	47
5. Perfiles profesionales	50
6. Práctica colaborativa	54
7. Experiencia de la persona atendida y del cuidador	57
8. Cuidadores informales y soporte familiar y comunitario	61
9. Sistemas de información	63
10. Tecnología digital	66
11. Productos de soporte y adaptación del hogar	68
12. Marco evaluativo	70
5. Conclusiones	72

1. Introducció

Actualmente la proporció de població amb més de 65 anys representa el 19'2% de la població total en Espanya, però segons les últimes projeccions del Institut Nacional de Estadística (INE), aquest percentatge pretén arribar al 25'2% per l'any 2033.

Igualment, per al mateix any, s'espera que l'esperança de vida al néixer arribi als 83 anys per als homes i als 87'7 per a les dones.

Aquests dades representen i constitueixen un èxit de la nostra societat, deixant entrever els elevats nivells de benestar i de qualitat de vida que s'han assolit, nivells inimaginables fa pocs anys.

Sin embargo, no podem evitar pensar quines són les conseqüències que aquest fenomen conlleva de cara al futur. Des de la perspectiva sanitària i social, l'envel·liment de la població representa un repte gegantesc tant per volum com per la complexitat amb la que s'ha de abordar.

Aquesta evolució demogràfica vindrà acompanyada de noves demandes i exigències, tant per part de les persones a atendre com per la de les seves famílies, a les que s'haurà de donar resposta tenint sempre present la premissa de que els recursos econòmics són limitats i escassos.

Per continuar oferint una atenció sanitària i social de qualitat, serà necessari introduir canvis dins el model assistencial. Els països que s'estan plantejant com a resposta a aquest escenari de transformació del model assistencial estan indicant canvis en la manera de proporcionar els serveis sanitaris i socials, passant de l'atenció centrada en les estructures a l'atenció centrada en la persona. Entre aquests canvis, destaca l'atenció en el domicili com a espai més rellevant en el futur, tenint en compte les possibilitats que ofereix la revolució tecnològica, potenciant una major autonomia personal i responsabilitat de la persona i el seu entorn.

Una altra palanca de canvi que s'enmarca en el concepte d'atenció centrada en la persona és l'atenció integrada social i sanitària com a avanç imprescindible per garantir una atenció adequada que afavoreixi la continuïtat assistencial, de qualitat, a temps, en el lloc precís i eficient. Un dels àmbits on les dinàmiques d'integració assistencial, entre els diferents nivells sanitaris i socials, és més determinant és en l'atenció domiciliària.

En aquest context, s'ha considerat oportú fer una revisió i anàlisi dels models d'atenció domiciliària sanitària i social en les diferents comunitats autònomes, de manera que sigui útil, com a referència, per a les institucions

interesadas en desarrollar las transformaciones necesarias para adaptarse al nuevo marco conceptual y contribuir a hacer frente a los retos que indefectiblemente tenemos delante como sociedad. De acuerdo con este planteamiento de referencia hacia el cambio, se ha considerado de interés incluir en la fase de análisis algunas experiencias de otros países que son relevantes desde el punto de vista de desarrollo de la atención domiciliaria con un enfoque de atención integrada.

2. Objetivos del estudio

El objetivo general del estudio es:

- Disponer de un marco de referencia sobre los modelos de atención domiciliaria sanitaria y social en el contexto de las Comunidades Autónomas y de las experiencias internacionales más avanzadas.

Objetivos específicos:

1. Revisar los modelos y propuestas de atención domiciliaria en los documentos de referencia de las políticas sanitarias y sociales de las comunidades autónomas.
2. Identificar experiencias en el contexto internacional de referencia en atención domiciliaria, especialmente con un enfoque de atención integrada social y sanitaria.
3. Analizar los elementos comunes de los modelos e identificar los puntos clave para el desarrollo e implantación efectiva de los modelos con una perspectiva de atención integrada social y sanitaria.

3. Metodología

Para la elaboración de este estudio se ha planteado una primera fase de revisión de los modelos y propuestas de atención domiciliaria incluidas en los documentos marco de las políticas sanitarias y sociales, fundamentalmente los distintos planes de salud, planes estratégicos de servicios sociales y algunos planes sectoriales como de cronicidad (personas mayores y dependencia) de las Comunidades Autónomas.

En una segunda fase, se han seleccionado los elementos clave para mejorar la atención domiciliaria, utilizando las experiencias de referencia a nivel nacional e internacional. Este análisis cualitativo ha permitido extraer un marco de referencia en las estrategias de transformación del modelo de atención domiciliaria con un enfoque de atención integrada social y sanitaria.

3.1. Selección de casos de estudio

Los casos de estudio y experiencias en los que se ha profundizado – objetivo de la segunda fase – han sido seleccionados en función del cumplimiento de los siguientes criterios:

- Descripción y análisis de la situación, fundamentación de las propuestas y evaluación de resultados.
- Amplitud de la cartera de servicios desde la perspectiva sanitaria y también social.
- Enfoque de atención integrada social y sanitaria.
- Descripción detallada de los elementos instrumentales de gobernanza, gestión y evaluación del modelo.

3.2. Definición de preguntas de estudio

De acuerdo con el objetivo general y objetivos específicos del estudio se han definido las preguntas sobre las cuales se analizarán los casos seleccionados y que son de guía para la extracción de contenidos en la revisión documental.

Las preguntas de estudio formuladas son las siguientes:

- Perspectiva de política sanitaria y social:
 - ¿Hay objetivos / intervenciones de atención a domicilio en el Plan de Salud?
 - ¿El modelo forma parte de algún plan estratégico del ámbito sanitario y / o social?
- Modalidades asistenciales ¿Qué modalidades de atención a domicilio se incluyen en el modelo?
 - Atención a domicilio desde la atención primaria de salud ATDOM
 - Hospitalización a domicilio
 - Atención a domicilio de salud mental
 - Atención paliativa a domicilio
 - Rehabilitación a domicilio
 - Servicio de atención a domicilio social
 - Teleasistencia
 - Otros

- Integración y Gobernanza:
 - ¿Hay un modelo de integración que abarca todo el abanico de atención a domicilio sanitario y social?
 - ¿Hay una visión de modelo integrado parcial, entre algunas de las modalidades?
 - ¿Hay un esquema de gobernanza integrado?
 - ¿Qué tipo de relación se establece entre la Administración y las entidades implicadas?
 - ¿Hay instrumentos de coordinación formales?
 - ¿Qué grado de integración hay en sistemas de información?
- Apoyo al hogar y el entorno de proximidad y comunitario:
 - ¿Hay iniciativas de apoyo al hogar?
 - ¿Hay iniciativas de apoyo a los cuidadores?
 - ¿Hay iniciativas de colaboración con asociaciones?
 - ¿Hay iniciativas de colaboración con voluntariado?

3.3. Métodos

Para el desarrollo del estudio se utilizan metodologías cualitativas, básicamente de análisis documental y extracción de contenidos, así como entrevistas con informadores clave.

Los documentos seleccionados se han obtenido primariamente de la consulta con las páginas web de las Comunidades Autónomas, así como utilizando herramientas de búsqueda por palabras clave: atención domiciliaria o en el domicilio, planes de salud, planes estratégicos sanitarios y de servicios sociales, atención integrada social y sanitaria.

Mediante entrevistas se han obtenido nuevas referencias documentales y contactos para profundizar en los casos de estudio y experiencias internacionales con más profundidad.

Los elementos clave que el estudio identifica como pilares de cualquier modelo de atención domiciliaria son los siguientes:

- Gobernanza
- Cartera de Servicios
- Financiación

- Organización de los equipos
- Perfiles profesionales
- Práctica colaborativa
- Experiencia de la persona atendida y del cuidador
- Cuidadores informales y soporte familiar y comunitario
- Sistemas de información
- Tecnología digital
- Productos de soporte y adaptación del hogar
- Marco evaluativo

Para cada uno de ellos, se hace un análisis conceptual y exhaustivo, tanto de su significado como implicaciones para el modelo. Este análisis se ha realizado teniendo en consideración los modelos y experiencias analizados, así como una gran variedad de literatura y artículos académicos elaborados al respecto.

Finalmente, se asocia una o varias experiencias nacionales o internacionales de referencia a cada ámbito capital del modelo. Esta relación consiste en destacar los puntos fuertes de cada experiencia analizada asociándola a un elemento clave del modelo.

4. Resultados

4.1. La atención domiciliaria en los documentos marco de las políticas sanitarias y sociales de las Comunidades Autónomas

Andalucía

El *IV Plan Andaluz de Salud*¹ hace mención a la atención domiciliaria y a la atención a la dependencia. Otorga a la adecuación de las formas de organización y gestión para la atención a la cronicidad un interés primordial de cara al futuro. Sin embargo, no se incluyen propósitos en relación con la atención domiciliaria en sus Compromisos, metas y objetivos.

Por otro lado, el *I Plan Andaluz de Promoción de la Autonomía Personal y Prevención de la Dependencia 2016 – 2020*² establece entre sus Principios y criterios el de Proximidad y equidad territorial, indicando que las actuaciones deberán desarrollarse lo más próximo al domicilio posible e impulsando actuaciones conjuntas con las administraciones locales. Así mismo, en otro de sus Principios y criterios, el de Interdisciplinariedad, señala que se favorecerá la interdisciplinariedad de las intervenciones, el trabajo en equipo y la integración de las aportaciones de las diversas profesiones de los ámbitos sanitarios y sociales. También da mucha importancia al rol de la enfermera gestora de casos como coordinadora entre el equipo de atención primaria y el hospital.

En las Líneas generales de actuación y sus Objetivos se tiene en cuenta la plasmación de acciones a través de los servicios de atención a domicilio.

El Plan también prevé otros programas de atención domiciliaria, como el de *Ayudas técnicas y distribución de material ortoprotésico de apoyo al cuidado en el domicilio*, mediante el cual, y a través del Catálogo General de Ortoprotésicos de Andalucía se acercan estas ayudas a domicilio de las personas en situación de dependencia, mejorando la rapidez y la calidad de la prestación.

Otros programas previstos son los de fisioterapia y rehabilitación a domicilio, servicio de teleasistencia domiciliaria, servicios de ayudas a domicilio y el de prestaciones económicas mensuales.

¹ *IV Plan Andaluz de Salud*, Consejería de Salud y Familias
https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/IV_PAS_v9.pdf

² *I Plan Andaluz de Promoción de la Autonomía Personal y Prevención de la Dependencia 2016 – 2020*, Consejería de Igualdad y Políticas Sociales
https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/publicacion/16/06/Plan%20Autonom%C3%ADa%20Personal_Definitivo%20Maquetaci%C3%B3n%2030_06_16.pdf

Actualmente, la atención domiciliaria vinculada a la atención primaria de salud es llevada a cabo por los equipos de atención primaria, formados por médicos de familia, enfermeras y trabajadores sociales³.

En los servicios sociales andaluces (municipales y diputaciones) se trabaja bajo demanda, sin que haya un plan establecido de coordinación de recursos sociales y sanitarios (teleasistencia, SAD, ayudas técnicas), para aquellos pacientes que necesiten cuidados intensos para permanecer en su domicilio con garantías de seguridad y continuidad.

Durante los últimos años, la atención domiciliaria tanto en Andalucía como en el resto de España, ha experimentado cambios que han hecho incrementar considerablemente el nivel de la calidad del servicio:

- Estandarización de la práctica: se da una tendencia a la utilización de escalas de valoración validadas y protocolos o guías consensuadas entre los profesionales para la toma de decisiones clínicas.
- Nuevo enfoque de la atención: empieza a cambiar el foco des de la enfermedad hacia los problemas que generan dependencia y en la capacidad de autocuidado del paciente y su red familiar que se hace cargo de la situación.
- Aumento de la satisfacción de los ciudadanos con el servicio: la atención domiciliaria de enfermería ha sido el aspecto mejor valorado del Servicio Andaluz de Salud (SAS) con un 95'6% de satisfacción.
- Incremento del nivel tecnológico de los servicios: han aumentado considerablemente las posibilidades de transferir al domicilio tecnologías antes reservadas solo para el ámbito hospitalario, mejorando así la accesibilidad a los servicios.
- Nuevas estructuras para la atención domiciliaria: estructuras como los ESAD (PADES en Cataluña) prestan apoyo a los equipos de atención primaria, mejorando la capacidad de resolución global del servicio.
- Sistemas de gestión orientados a garantizar la continuidad asistencial: últimamente han aparecido nuevas figuras y roles profesionales orientados a mejorar la coordinación entre niveles asistenciales.

El sistema de gestión del servicio distingue tres niveles de decisiones:

³ *Estrategias de mejora de la atención domiciliaria en Andalucía*, Comisión para el desarrollo de la atención enfermera en el Servicio Andaluz de Salud

<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0228.pdf>

1. Nivel de atención directa

Es el nivel donde se toman las decisiones que recaen sobre los pacientes, tomadas por los miembros de los equipos de atención primaria. La enfermera del equipo es la principal proveedora de los cuidados. Aun así, solicita la intervención del médico, del trabajador social u otro recurso cuando considera conveniente.

2. Nivel de gestión de casos

Nivel donde corresponde hacer la valoración integral del paciente o familia que necesita la atención y de la asignación de recursos adecuados en cada caso.

En este nivel es donde se sitúa el rol profesional que se ha convertido en esencial en estos últimos tiempos, la **enfermera responsable de la gestión de casos**. Su misión es “velar para que el paciente o familia alcancen los objetivos terapéuticos previstos en su trayectoria clínica, identificando y movilizando los recursos necesarios, facilitando la intervención de los diferentes profesionales y servicios y coordinando sus actuaciones hacia los mejores resultados”.

Por tanto, su función es la de garantizar una intervención y asistencia integrada y continuada entre profesionales, líneas y niveles asistenciales, a través de la coordinación y utilización óptima de los recursos sociosanitarios.

3. Nivel de gestión del servicio

Corresponde a la Coordinación de enfermería del distrito y se encarga de evaluar el servicio, así como de seleccionar a las enfermeras coordinadores de cuidados domiciliarios asignadas a los centros de salud.

Finalmente, cabe indicar que la *Estrategia de Cuidados para Andalucía - PiCuida*⁴, publicada por el Servicio Andaluz de Salud el 2015, menciona la atención a domicilio en el análisis de situación, pero no concreta objetivos ni acciones en atención domiciliaria en los Proyectos estratégicos formulados.

⁴ *Estrategia de Cuidados de Andalucía: Nuevos retos en el cuidado de la ciudadanía (PiCuida)*, Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud

<http://www.picuida.es/wp-content/uploads/2015/07/PiCuida-Estrategia-de-Cuidados-v1.pdf>

Aragón

Esta comunidad autónoma dispone de dos programas de atención a la cronicidad: el *Proceso de atención a los pacientes crónicos complejos*⁵ y el *Programa de atención a enfermos crónicos dependientes*⁶.

El objetivo del primero es prestar a este tipo de pacientes una asistencia sanitaria integral, efectiva y segura en función de sus necesidades y expectativas de salud, aunque manteniendo el mayor grado posible de autonomía personal y de integración en su entorno y sociedad.

En el segundo, se describen todos los cuidados que prestan los Equipos de Atención Primaria, con especial atención a los cuidados de enfermería, rehabilitación y terapeutas ocupacionales. Se describen tanto las actividades preventivas como los procedimientos de enfermería.

Por otra parte, el documento de referencia, el *Plan de Salud de Aragón 2030*⁷, contempla entre sus áreas prioritarias un objetivo concreto que implica la atención domiciliaria con el fin de garantizar un buen morir procurando un entorno adecuado y potenciando la atención en el domicilio al final de la vida.

Según el Plan, el modelo hospitalario ya no funciona para resolver la problemática que supone la cronicidad y, sin embargo, los recursos públicos que se destinan crecen cada año en detrimento de otros servicios que, en este caso podrían resultar más resolutivos. Por eso, el Plan establece como prioridad crecer en atención domiciliaria para que sea más dinámica y proactiva, que garantice a las personas con enfermedades crónicas y a sus familias unos buenos cuidados y asesoramiento.

Finalmente, el *II Plan Estratégico de Servicios Sociales de Aragón 2017 – 2020*⁸ prevé que la demanda de ayuda a domicilio aumente de forma importante como

⁵ *Proceso de atención a los pacientes crónicos complejos en Aragón*, Dirección General de Asistencia Sanitaria, Departamento de Sanidad
https://www.aragon.es/documents/20127/674325/Proceso_aten_pacientes_cros_compl.pdf/282762c3-7e7f-89ef-fb2f-c2478f5754f8

⁶ *Programa de atención a enfermos crónicos dependientes*, Gobierno de Aragón, Departamento de Salud y Consumo
<https://www.aragon.es/documents/20127/674325/LIBRO%20Programa%20de%20Atencion%20a%20Enfermos%20Cronicos%20Dependientes.pdf/f3fb7d4b-3db9-cc72-16fe-d7c5017c6795>

⁷ *Plan de Salud de Aragón 2030*, Gobierno de Aragón
<http://plansaludaragon.es/wp-content/uploads/2018/05/Plan-de-Salud-Arago%CC%81n-2030-con-gr-web.pdf>

⁸ *II Plan Estratégico de Servicios Sociales de Aragón*, Gobierno de Aragón, Departamento de Ciudadanía y Derechos Sociales

consecuencia del envejecimiento. El modelo por el que ha apostado Aragón se basa en la gestión por parte de las entidades locales, quienes vienen prestando el servicio complementariamente.

El Plan tiene por línea estratégica el *aumento de la cobertura de las prestaciones del catálogo de Servicios Sociales*, por la que se compromete a aumentar el número de personas en situación de dependencia atendidas, reducir de forma progresiva los tiempos de espera e incrementar las prestaciones que facilitan la permanencia de las personas en situación de dependencia en su domicilio o entorno.

Asturias

El *Plan de Salud del Principado de Asturias 2019 – 2030*⁹ establece como una de las prioridades el envejecimiento saludable, lo que supone poner especial atención a situaciones de vulnerabilidad, aislamiento, soledad, atención sanitaria cercana y recursos sociales.

Pone el foco también sobre la salud del cuidador o cuidadora informal, respaldando su labor con formación, asistencia y apoyo. Se propone la ayuda a domicilio para estos casos.

Otra área priorizada es la atención domiciliaria para los cuidados paliativos, coordinados desde atención primaria.

Uno de los objetivos estratégicos del plan es “Reorganizar los recursos y tecnologías del sistema sanitario para garantizar la equidad, la continuidad de la atención y la eficiencia, con implicación del mayor número posible de profesionales, dando cumplimiento a estrategias y programas de salud”. Dentro de este gran objetivo, se contempla como acción el desarrollo de la atención domiciliaria con atención primaria como eje coordinador (promover sinergias desde atención primaria mediante la actuación coordinada entre profesionales de medicina, enfermería y trabajo social).

También se ha puesto en marcha la *Estrategia de Envejecimiento Activo ESTRENA*¹⁰. De sus cinco ejes estratégicos, el segundo “Envejecer bien”, hace una apuesta por la mejora del servicio de ayuda a domicilio, favoreciendo la permanencia en el hogar el mayor tiempo posible y en las mejores condiciones. Algunas medidas pasan por la mejora del Servicio de Ayuda a Domicilio, el refuerzo del servicio de teleasistencia, medidas dirigidas a la detección, seguimiento e intervención con personas mayores solas (especialmente en grandes ciudades y entornos rurales dispersos) y otras medidas de mejora de las condiciones de habitabilidad del hogar (líneas de subvención para la adaptación de la vivienda, adecuar el parque de viviendas públicas...)

⁹ *Plan de Salud del Principado de Asturias 2019 – 2030*, Observatorio de Salud en Asturias, Dirección General de Salud Pública

<http://www.asturiasparticipa.es/wp-content/uploads/2019/01/Plan-de-Salud-15-enero-2019.pdf>

¹⁰ *Estrategia de envejecimiento activo (ESTRENA) Principado de Asturias 2018 – 2021*, Gobierno del Principado de Asturias, Consejería de Servicios y Derechos Sociales

https://www.socialasturias.es/v_portal/inc/clicklink.asp?t=3&cod=3127&c=2&s=419861183

Cataluña

La atención domiciliaria en Cataluña está presente en muchos documentos de referencia que tienen por objetivo guiar las políticas sanitarias y sociales del territorio:

*Plan de Salud de Cataluña 2016 – 2020*¹¹: un eje de trabajo con perspectiva 2020 pasa por consolidar los dispositivos de atención continuada y urgente de la atención primaria, la atención domiciliaria y la resolución telefónica (demandas de atención atendidas sin movilización de recursos).

Otro eje pretende potenciar el desarrollo de alternativas a la hospitalización convencional (hospitalización a domicilio) y la reordenación de los flujos para ciertos grupos de enfermos, como los pacientes crónicos complejos, con el objetivo de que sus problemas sean resueltos en entornos centrados en el usuario y sus necesidades.

Pretende mejorar la atención domiciliaria a través de herramientas que permitan analizar y desarrollar soluciones colaborativas, ya sea en atención primaria como en hospitalaria.

Finalmente, prioriza el despliegue del *Pla Interdepartamental d'Atenció i Interacció Social i Sanitària*¹², que tiene por objetivo transformar el modelo de atención social y sanitario para garantizar una atención integrada y centrada en la persona, capaz de dar respuesta a sus necesidades desde el sistema sanitario y sistema de servicios sociales.

El PIAISS se estructuraba en cinco proyectos funcionales:

1. Desarrollo e integración de los sistemas de información sociales y sanitarios
2. Modelo territorial de atención integrada de base comunitaria
3. Atención integrada en el domicilio
4. Atención sanitaria integrada a las personas que viven en centros residenciales
5. Atención integrada en salud mental

¹¹ *Plan de Salud de Cataluña 2016 – 2020. Un sistema centrado en la persona: público, universal y justo.* Generalitat de Catalunya, Departament de Salut
http://salutweb.gencat.cat/web/.content/_departament/pla-de-salut/Pla-de-salut-2016-2020/documents/Pla_salut_Catalunya_2016_2020.pdf

¹² *Pla Interdepartamental d'Atenció i Interacció Social i Sanitària (PIAISS)*, Generalitat de Catalunya
http://salutintegralbcn.gencat.cat/web/.content/30_ambits/atencio-social-i-sanitaria/pla-interdepartamental-d-atencio-in-interaccio-social-i-sanitaria-piaiss/piaiss_presentacio_ledesma.pdf

Recientemente, un nuevo acuerdo de gobierno, del día 25 de junio, aprobó la creación del *Pla d'Atenció Integrada Social i Sanitària (PAISS)*¹³ que, siguiendo el propósito general del anterior PIAISS, define las líneas de actuación en el contexto actual institucional actual, reforzando las directrices y objetivos estratégicos.

Se trata, en definitiva, de crear un modelo de atención integrada de los servicios sanitarios y sociales, elaborando un plan de trabajo que contribuya a generar un modelo de intervención global coordinada, con una misma visión de conjunto, que sitúe a la persona en el centro.

Se considera necesario establecer los objetivos estratégicos correspondientes y las líneas directrices para los ámbitos siguientes:

- Desarrollo del modelo de atención sanitaria integrada en las residencias asistidas de personas mayores, de personas con discapacidad y de personas con trastornos mentales.
- Desarrollo del modelo de atención social y sanitaria integrada en los centros de atención diurna.
- Desarrollo de un modelo de atención integrada social y sanitaria en el entorno domiciliario.
- Desarrollo del modelo de interacción entre la atención primaria y comunitaria de salud y la atención primaria de los servicios sociales básicos.
- Desarrollo del modelo de atención integrada de larga duración, tanto del ámbito sociosanitario como de salud mental de Cataluña.
- Modelo integrado de los sistemas de información social y sanitaria.
- Modelo integrado de promoción de la autonomía personal y prevención de la institucionalización de las personas mayores y de las personas con trastornos mentales en Cataluña.
- Modelo integrado de atención sanitaria y social a la primera infancia con discapacidad, trastornos mentales y enfermedades minoritarias.
- Coordinación social y sanitaria y apoyo al Plan integral de salud mental y adicciones en el despliegue del modelo de atención comunitaria en salud mental y adicciones.

El objetivo estratégico en el ámbito del “Desarrollo de un modelo de atención integrada social y sanitaria en el entorno domiciliario” es establecer mecanismos de coordinación que permitan hacer efectivas las necesidades de atención sanitarias y sociales, a las personas que tienen que ser atendidas a domicilio, generando vías de

¹³ Acuerdo de gobierno GOV/91/2019, de 25 de junio por el que se crea el Plan de Atención Social y Sanitaria (PAISS)

https://portaldogc.gencat.cat/utillsEADOP/AppJava/PdfProviderServlet?documentId=852823&type=01&language=es_ES

interacción donde las personas y sus necesidades se sitúan en el centro en la provisión de los servicios en el entorno comunitario. Se pretende facilitar la continuidad asistencial en el domicilio para hacer efectivo su derecho a decidir, prevenir la institucionalización de las personas en la atención residencial y que las estancias hospitalarias se prolonguen inadecuadamente.

Para hacer efectivo los objetivos del PAISS hay que desarrollar un conjunto de herramientas e instrumentos compartidos entre los Departamentos de Salud y de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias:

Creación de un ámbito estable de identificación de los aspectos sociales, económicos, presupuestarios y del marco jurídico existentes, necesarios para ejecutar los encargos derivados del PAISS.

- Articulación de un modelo de gobernanza a escala territorial que permita la gestión del modelo en el ámbito territorial en consonancia con las comisiones de trabajo del Comité Operativo.
- Análisis y coordinación de las experiencias de interacción social y sanitaria que hay en el territorio.
- Selección de los aspectos básicos para configurar una historia clínica y social compartida, incorporando elementos de comunicación segura e interoperabilidad entre las diferentes redes de atención.
- Avance en la aplicación de las TIC, con el apoyo de la Fundación TIC Salud y Social y otros organismos.
- Elaboración de un marco evaluativo común y transversal con un conjunto mínimo de objetivos comunes que permita una evaluación del modelo colaborativo de atención.
- Incorporación de los objetivos del marco evaluativo común en los sistemas de planificación y contratación propios de cada departamento, que evolucione hacia un modelo de planificación conjunta y un contrato programa que incorpore las propuestas derivadas de los trabajos del plan.

En el ámbito específico de la planificación estratégica de servicios sociales en Cataluña, el *Pla Estratègic de Serveis Socials de Catalunya 2010 – 2013*¹⁴ contemplaba como una de las actuaciones estratégicas “Actualizar, desarrollar, impulsar y aprobar las regulaciones que permiten la aplicación de la cartera del servicio de atención domiciliaria”. El Plan destacaba como una de las fortalezas del sistema de servicios sociales los dispositivos de atención y soporte en el domicilio, con las diferentes prestaciones que lo componen, por su papel preventivo, de detección precoz de

¹⁴ *Pla Estratègic de Serveis Socials de Catalunya 2010 – 2013*, Generalitat de Catalunya
http://treballiaferssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematicos/15serveissocials/pla_estrategic_serveis_socials/Pla_estrategic_serveis_socials_catalunya_NOU/I_PESSC/03_pla_estrategic_ss_catalunya/documents/documents_10_12_2010/pessc_definitiu_2010-2013.pdf

situaciones de riesgo, de promoción de la autonomía y con una gran incidencia en la calidad de vida de las personas.

(Nota: información pendiente de incorporación. El documento del Modelo de atención integrada social y sanitaria en el entorno domiciliario de Catalunya está en fase de revisión y no hay autorización de reproducir contenidos hasta que no se presente públicamente. Se completará este apartado cuando se haya publicado el documento de referencia)

Cantabria

El *Plan de Salud de Cantabria 2014 – 2019*¹⁵ hace muchas referencias a la atención domiciliaria en casi todos los ámbitos de salud. Aunque no hay una Línea estratégica concreta referente a la atención domiciliaria, sí que las acciones propuestas contemplan la atención domiciliaria como un ámbito prioritario en la atención a los problemas de salud priorizados (enfermedades crónicas y de atención sociosanitaria, enfermedades oncológicas, neurodegenerativas, entre otros). De entre las muchas alusiones que se hacen, destaca la que consiste en “establecer en la CA de Cantabria un sistema de coordinación entre las distintas instituciones con competencias y recursos sociales y sanitarios para organizar las prestaciones de apoyo a las personas con discapacidad y a sus cuidadores. Estos programas de apoyo al cuidador deben proporcionar información sobre servicios, recursos y materiales para el cuidado y facilitar y agilizar los trámites burocráticos. Incluirán un sistema de ayudas o préstamos de ayudas técnicas compensadoras de déficit y discapacidad, así como adaptaciones en domicilio.”

También se contempla la creación de dispositivos de atención domiciliaria desde las Unidades de Salud Mental.

También da mucha importancia a que tanto el paciente como su familia reciban la adecuada formación e información para llevar a cabo los cuidados necesarios en el domicilio.

¹⁵ *Plan de Salud de Cantabria 2014 – 2019*, Gobierno de Cantabria, Consejería de Sanidad y Servicios Sociales

https://saludcantabria.es/uploads/pdf/consejeria/plan_salud_cantabria_2014-2019_lt.pdf

Castilla y León

La *Estrategia de atención al paciente crónico*¹⁶ en Castilla y León contempla la atención sanitaria en el ámbito domiciliario en las intervenciones de todos los niveles de estratificación de la población de la comunidad autónoma.

Con el objetivo de proporcionar a los pacientes crónicos una atención integral de calidad ajustada al nivel de cuidados que necesiten y en coordinación con el ámbito social, el proceso de atención integrada en el domicilio supone una herramienta clave.

Como objetivo específico la *Estrategia de atención al paciente crónico* se plantea prestar atención sociosanitaria a las personas dependientes que viven en el domicilio y a sus cuidadores mediante el desarrollo de un proceso de atención sociosanitaria integrada, con la finalidad de mejorar la calidad de vida y la atención de las personas con enfermedades crónicas y necesidades de atención social.

Dicha estrategia también contempla como actuación el despliegue del proceso de atención integrada en el domicilio (criterios de inclusión, catálogo de cuidados básicos, rol de los intervinientes, definición de un proceso de atención conjunto social y sanitario...)

Por otro lado, el *IV Plan de Salud: perspectiva 2020*¹⁷ define la ayuda a domicilio, entre otras, como una prestación esencial. El Plan establece como objetivo general *progresar en el proceso de atención a las personas con enfermedad crónica*, por lo que acercar los servicios al entorno del paciente mediante la atención domiciliaria y a través de la reorientación de algunos roles profesionales, sobretodo enfermería, pero también trabajo social y algunas especialidades médicas.

Algunas medidas que se proponen pasan por impulsar el seguimiento proactivo de los pacientes en el ámbito de la atención primaria, mediante llamadas telefónicas y visitas domiciliarias, favoreciendo la actitud proactiva de los profesionales de enfermería coordinándose con los trabajadores sociales. Otra sería promover el mantenimiento del paciente en su domicilio garantizando los cuidados en su entorno, bajando la presión en otros dispositivos asistenciales.

¹⁶ *Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León*, Junta de Castilla y León
https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/estrategia-atencion-paciente-cronico-castilla-leon.ficheros/319121-Estrategia%20de%20Atenci%C3%B3n%20al%20Paciente%20Cr%C3%B3nico%20en%20Castilla_y_Le%C3%B3n.pdf

¹⁷ *IV Plan de Salud: perspectiva 2020*, Junta de Castilla y León
<https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/iv-plan-salud-castilla-leon.ficheros/706616-IV%20plan%20de%20salud%20.pdf>

Castilla – La Mancha

Uno de los ocho ejes que componen la *Estrategia 20/20 de Salud y Bienestar Social*¹⁸ que guía el modelo de salud de Castilla – La Mancha se denomina *Atención centrada en la persona: integración y continuidad. Atención domiciliaria*.

La intención del eje es promover la atención y los cuidados en el entorno habitual del paciente, aprovechando al máximo las nuevas tecnologías. Las actuaciones que propone potenciar son la teleasistencia, ayuda a domicilio, rehabilitación a domicilio, telerehabilitación, teleconsulta, hospital a domicilio...

Se propone el número de horas de apoyo social domiciliario como indicador de cumplimiento del objetivo de aumentar el número de personas que han recibido apoyo y/o entrenamiento para gestionar su proceso de discapacidad o enfermedad.

Se propone generalizar la atención domiciliaria continuada, ya sea por presencia física o por medios telemáticos, para personas con dificultades para desplazarse o debido a la disminución de su autonomía.

El modelo que se plantea en la *Estrategia* antes mencionada parte de la consolidación de los sistemas Social y Sanitario Público, y los principios que lo rigen son la descentralización, la financiación solidaria, la cobertura universal y la equidad en el acceso.

¹⁸ *Estrategia 20/20 de Salud y Bienestar Social: el modelo de Castilla – La Mancha; Compromiso de Futuro*. Gobierno de Castilla – La Mancha

<http://www.adaceclm.org/DocumentosInteres/Documentosda%C3%B1ocerebral/Documents/ESTRATEGIA%2020-20%20SALUD%20Y%20BS.pdf>

Comunidad de Madrid

La *Estrategia de atención a las personas mayores de la comunidad de Madrid 2017-2021*¹⁹ indica que el objetivo general de la Línea estratégica “Promover medidas enfocadas al envejecimiento activo y a la prevención de la aparición de situaciones de dependencia” es garantizar una atención social integral a las personas mayores, potenciando su autonomía personal y la permanencia en su domicilio el mayor tiempo posible. Para ello, se centra en la prestación de servicios de atención a domicilio, teleasistencia, ayuda doméstica, compañía, facilitación de actividades de ocio. También se hace mención a la atención domiciliaria como uno de los ámbitos objeto de mejora en la Línea estratégica “Mejorar la coordinación sociosanitaria en el ámbito de la atención a la dependencia y al mayor”, con objetivos que se anuncian como Implementar la atención domiciliaria en pacientes inmovilizados e Implantar la atención domiciliaria en cuidados paliativos.

Por otro lado, la estrategia número tres del *Plan Estratégico de la Agencia Madrileña de Atención Social 2016 – 2020*²⁰, la que aborda el tema de la *Calidad de vida y prevención de la dependencia*, está dotada de tres objetivos estratégicos:

1. Fomentar la integración social y la solidaridad en la diversidad de colectivos y personas
2. Promover el envejecimiento activo en los usuarios de la Agencia Madrileña de Atención Social
3. Aumentar la calidad de vida de los usuarios mediante programas de intervención especializada

¹⁹ *Estrategia de Atención a las Personas Mayores de la Comunidad de Madrid 2017 – 2021*, Comunidad de Madrid, Consejería de políticas sociales y familia, Dirección General de Atención a la Dependencia y al Mayor

http://www.madrid.org/es/transparencia/sites/default/files/plan/document/372_767_estrategia_atencion_al_mayor_version_digital_0.pdf

²⁰ *Plan Estratégico de la Agencia Madrileña de Atención Social 2016 – 2021*, Comunidad de Madrid, Consejería de políticas Sociales y Familia

<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername=1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3DTexto+Plan+Estrat%C3%A9gico+AMAS+2016-2021.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352905582753&ssbinary=true>

Comunidad Valenciana

El *IV Plan de Salud 2016 – 2020 de la Comunitat Valenciana*²¹ titula una de sus líneas estratégicas “Orientarse hacia la cronicidad y hacia los resultados en salud para incrementar la esperanza de vida en buena salud”. Dentro de este gran ámbito de actuación se propone como objetivo operativo garantizar la atención de pacientes crónicos complejos y paliativos que incluya a las personas cuidadoras, con la finalidad de garantizar una atención integral, coordinada, de calidad, eficiente, individualizada y digna a los pacientes crónicos de alta complejidad. Para dar cumplimiento a este objetivo se apuesta por el desarrollo de las TICs para el seguimiento y atención a distancia en el domicilio del paciente.

También se pretende impulsar la atención domiciliaria destinada a salud infantil, para conocer el entorno familiar y favorecer una intervención adaptada a la situación y necesidades particulares de cada caso.

Finalmente, cabe destacar en el anexo del IV Plan de Salud se explicita el objetivo de “Mejora y ampliación de la atención domiciliaria” entre los objetivos del Presupuesto de la Comunidad Valenciana para el 2016, vinculado al Objetivo del Plan de Salud “Orientarse a los resultados en salud de la población”.

²¹ *IV Plan de Salud 2016 – 2020 de la Comunitat Valenciana*. Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat
http://www.san.gva.es/documents/157385/6431837/IV_PLAN+DE+SALUD_CV_2016_Castellano_web.pdf

Extremadura

El *Plan de Salud de Extremadura 2013 – 2020*²² en su III Eje estratégico, la mejora del Sistema Sanitario Público de Extremadura, se propone garantizar la universalidad en el acceso a los recursos y dispositivos existentes, en condiciones de igualdad efectiva y de no discriminación, y de la potenciación de los programas de promoción de la autonomía personal. El principal objetivo es evitar o retrasar la aparición de las situaciones de dependencia, priorizar la atención comunitaria frente a la atención residencial y apostar por la permanencia del paciente en su domicilio y entorno habitual.

Para dar cumplimiento a este objetivo se desarrollan varias líneas de actuación que pasan por elaborar, desarrollar, seguir y evaluar la Estrategia para la Atención a la Discapacidad, la Estrategia para la Atención a la Dependencia y otros programas para la atención a las personas mayores y al envejecimiento activo.

En general, hace pocas referencias a la atención domiciliaria.

²² *Plan de Salud de Extremadura 2013 – 2020*, Gobierno de Extremadura, Consejería de Salud y Política Social

https://saludextremadura.ses.es/filescms/web/uploaded_files/CustomContent/PLAN%20DE%20SALUD%20DE%20EXTREMADURA%202013-2020.pdf

Galicia

La atención a la cronicidad y al envejecimiento poblacional también constituye una de las cinco áreas priorizadas por el Servicio Gallego de Salud (SERGAS), tal y como se detalla en la *Estrategia del Servicio Gallego de Salud 2020*²³. Por ello, avanzar en la mejora de la atención domiciliaria es uno de los principales temas a tener en cuenta. Concretamente, en la Línea estratégica “Orientar la estructura de prestación de servicios de cara a las necesidades de los pacientes” propone la Mejora y extensión de la Hospitalización a domicilio.

Por otro lado, la *Estrategia de inclusión social de Galicia 2014 – 2020*²⁴ contempla el desarrollo de atención específica a personas en situación de riesgo o con deterioro de su salud. Para cumplir con el objetivo propuesto, se promoverá que el personal sanitario colabore con el personal de los servicios sociales que presta atención directa continuada, en los domicilios o en los centros.

Sin embargo, la *Estrategia gallega para la atención a personas en situación de cronicidad*²⁵ configura el documento que más importancia da a la atención domiciliaria. Las estrategias del SERGAS en relación al paciente crónico, identificado como el segundo reto más importante al que se enfrenta, pasan por (entre otras):

- El fortalecimiento de la atención primaria: reorganizando el rol de enfermería de atención primaria, fomentando la atención domiciliaria. Adoptar una actitud más proactiva y, en lugar de atender al paciente crónico cuando este lo demande, anticiparse con cuidados domiciliarios que fomenten la prevención, minimizando las recaídas de sus procesos.
- Mejorar la coordinación sociosanitaria: la evaluación periódica de las personas mayores con enfermedades crónicas y de larga evolución podría ser realizada a nivel domiciliario a través de las TIC.
- Elaborar un plan de atención individualizado y fomentar el autocuidado.

²³ *Estrategia SERGAS 2020*, Consejería de Sanidad

<https://www.sergas.es/A-nosa-organizacion/Documents/557/SERGAS ESTRATEXIA 2020 280316 cas.pdf>

²⁴ *Estrategia de inclusión social de Galicia*, Xunta de Galicia, Consellería de política Social, Dirección Xeral de Inclusión Social

https://politicassocial.xunta.gal/sites/w_polso/files/arquivos/publicacions/estrategia_inclusion_social_galicia_2014-2020_version_2016_cas.pdf

²⁵ *Estrategia gallega para la atención a personas en situación de cronicidad*, Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade

<https://extranet.sergas.es/catpb/Docs/cas/Publicaciones/Docs/AtEspecializada/PDF-2717-es.pdf>

Cabe destacar que una de las 28 Líneas estratégicas se refiere explícitamente a Potenciar la atención domiciliaria tanto en atención hospitalaria como en atención primaria.

Islas Baleares

El *Pla estratègic de la Conselleria de Salut de les Illes Balears 2016-2010*²⁶ indica que es imprescindible afrontar de forma immediata la estratègia de cronicidad y apostar por la prevención y las actividades proactivas para facilitar desde la atención primaria, en coordinación con el resto de los niveles asistenciales y con los servicios sociales, la prestación sanitaria y social lo más cercana posible del domicilio de los pacientes. Para ello establece en sus objetivos específicos:

- Potenciar los programas de atención domiciliaria
- Asegurar la disponibilidad de material ortoprotésico en los domicilios de personas con dependencia elevada
- Crear en los hospitales unidades específicas para recibir directamente desde el domicilio las personas con patologías crónicas que padecen una reagudización

En cuanto a la atención domiciliaria en atención primaria reconoce que el domicilio se convierte en un ámbito más de atención y es importante que los profesionales del equipo de atención primaria conozcan el entorno en el cual las personas pasan la mayor parte de su vida. Saber cómo viven, qué recursos tienen y el soporte familiar de que disponen influye de forma importante en el proceso de enfermar y de curación. Con ello, fija un objetivo específico de Incrementar la actividad domiciliaria de los profesionales adscritos al equipo de atención primaria.

Des de la conselleria de salut de les Illes Balears se redactó el *Programa d'atenció domiciliària*²⁷ para dar respuesta al reto del envejecimiento y su correspondiente fragilidad y a la mayor prevalencia de enfermedades crónicas.

Debido al considerable aumento del número de personas que se encuentran en situación de fragilidad, dependencia o discapacidad, la necesidad de recursos sanitarios y sociales va en aumento. Los cuidados a domicilio se erigen como una respuesta alternativa a la escasez de recursos orientada a fomentar la autonomía y la independencia de los pacientes al mismo tiempo que se desarrollan estrategias de promoción de la salud y de prevención de la dependencia.

La organización de la atención sociosanitaria dirigida a los pacientes crónicos con necesidades y morbilidad elevada debe sustentarse en un modelo de atención sanitaria centrado en atención primaria, y requiere:

²⁶ *Pla Estratègic 2016 – 2020*, Conselleria de Salut de les Illes Balears
<http://www.caib.es/sites/salut/ca/archivopub.do?ctrl=MCRST335ZI257421&id=257421>

²⁷ *Programa d'atenció domiciliària*, Govern de les Illes Balears, Conselleria de Salut – Atenció Primària
<https://www.ibsalut.es/apmallorca/attachments/article/1002/programa-atencion-domiciliaria-apmallorca-es.pdf>

- Atenció integrada y coordinada
- Atenció domiciliaria proactiva y planificada
- Creación de rutas asistenciales específicas bien diferenciadas del circuito de personas con problemas de salud agudos.

En el nuevo *Pla Estratègic de Serveis Socials 2017 – 2021*²⁸ no hay ninguna referencia a la atención domiciliaria.

²⁸ *Pla Estratègic de Serveis Socials 2017 – 2021. Objectius estratègics: eixos, mesures i productes*, Conselleria de Serveis Socials i Cooperació, Direcció General de Planificació i Serveis Socials
http://www.caib.es/sites/plaestrategicsocial/ca/objectius_estrategics/archivopub.do?ctrl=MCRST8605ZI236457&id=236457

Islas Canarias

El *Plan de salud de Canarias 2016 – 2017*²⁹ establece entre sus líneas de actuación priorizadas “Adecuar la oferta asistencial sanitaria y socio sanitaria al perfil de envejecimiento y de la atención a las enfermedades crónicas, entre ellas las demencias a través de una respuesta coordinada entre los ámbitos e instituciones responsables potenciando la atención domiciliaria integrada”. Propone la Potenciación y revisión del modelo de Atención Domiciliaria, así como desarrollo de una oferta intersectorial de cuidados intermedios para los crónicos (centros de corta y media estancia, sociosanitaria, centros para semi-agudos).

El *Plan estratégico 2014 – 2018 Gerencia de Atención Primaria*³⁰ de las Islas Canarias también incentiva la atención domiciliaria en algunos de sus objetivos. La atención domiciliaria forma parte de los servicios que se prestan desde Atención Primaria desde el período prenatal hasta el final de vida.

El domicilio puede ser el lugar donde se preste la atención directa a los ciudadanos.

Los objetivos que el plan propone respecto a la atención domiciliaria son:

- Facilitar la continuidad y coordinación con los proveedores de servicios sanitarios y sociales: el indicador de seguimiento de este objetivo es la “realización de informes de continuidad de cuidados | ingreso en pacientes incluidos en el Servicio de Atención Domiciliaria”.
- Adecuar los servicios y la oferta de Programas de salud a las necesidades de los usuarios: con el indicador de seguimiento de “prestación de atención domiciliaria a pacientes mayores de riesgo”.

²⁹ *Plan de Salud de Canarias 2016 – 2017*, Servicio Canario de Salud, Gobierno de Canarias
<https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/546c8bb1-8487-11e6-a33b-757951c5b2fa/PlanDeSalud2016.pdf>

³⁰ *Plan estratégico 2014 – 2018 Gerencia de Atención Primaria*, Gobierno de Canarias, Servicio Canario de Salud
<https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/scs/as/gc/18/memorias/2018/pdf/planestrategico.pdf>

La Rioja

El *III Plan de Salud de la Rioja 2015 – 2019*³¹ dedica un capítulo a la cronicidad y calidad de vida. Según sus recomendaciones para una atención integrada, las nuevas tecnologías y sistemas de información deben tener un papel clave, de forma que se deben potenciar los sistemas de monitorización del paciente en su propio domicilio que mejore su control, eviten desplazamientos y faciliten acciones preventivas ante situaciones de alerta.

La telemonitorización del paciente en su domicilio puede mejorar el control de este, a la vez que permite anticipar actuaciones preventivas.

El Plan no sólo pretende hacer un despliegue de la atención domiciliaria para el paciente crónico complejo, sino también para pacientes discapacitados, con enfermedades mentales y pacientes en fases avanzadas de su enfermedad que se encuentran al final de la vida, así como también de su familia o cuidadores.

Algunos de los indicadores que se proponen para el seguimiento de los objetivos antes mencionados consisten en el “número de personas con discapacidad que acceden al programa de atención domiciliaria”, “número de consultas solicitadas por las personas con discapacidad al programa de atención domiciliaria” ...

Otros objetivos generales que el Plan menciona son los de “promover un envejecimiento saludable, fomentando conductas y hábitos saludables que permitan mantener una vida activa y autónoma i disminuir la incidencia, prevalencia e intensidad de la enfermedad, la discapacidad y la dependencia”. Para alcanzarlos, se recomienda facilitar los cuidados del anciano, en la medida que sea posible en su domicilio o entorno más habitual: consultas domiciliarias, hospitalizaciones a domicilio, etc.

Por otra parte, La Rioja aprobó el *II Plan Integral de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia: Personas Mayores 2007 – 2010*³², donde se plasma la estrategia que se marcó para seguir en este ámbito.

³¹ *III Plan de Salud de La Rioja 2015 – 2019: dar prioridades a las personas*, Consejería de Salud y Servicios Sociales, Servicio Riojano de Salud
<http://www.riojasalud.es/f/rs/docs/3-plan-salud.pdf>

³² *II Plan Integral de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia: Personas Mayores 2007 – 2010*, Gobierno de La Rioja, Consejería de Juventud, Familia y Servicios Sociales
<https://www.larioja.org/larioja-client/cm/servicios-sociales/images?idMmedia=649336>

Dentro del área de dependencia y autonomía personal, se encuentran objetivos como el de “Incrementar la intensidad y la cobertura en la prestación del Servicio de Ayuda a Domicilio o el de cooperar con otras administraciones públicas para impulsar el Servicio de Ayuda a domicilio”.

Dentro del área de salud encontramos otros como prestar atención sanitaria a domicilio a personas mayores desde los equipos de atención primaria o desarrollar un sistema progresivo de cuidados que intenten evitar la innecesaria hospitalización de las personas mayores dependientes.

Navarra

Las estrategias de salud que se priorizan en el *Plan de Salud de Navarra 2014 – 2020*³³ relativas al paciente crónico y frágil son la promoción de la salud y autocuidados en adultos, la atención a la discapacidad y promoción de la autonomía y la atención a pacientes pluripatológicos.

Para la mejora de la resolución de la atención domiciliaria, se prevé que el profesional pueda acceder a la historia clínica compartida desde el domicilio del paciente, lo que favorecería una atención más ágil. También se potencia tanto la hospitalización a domicilio como la rehabilitación domiciliaria tras intervenciones quirúrgicas.

En Navarra se llevan a cabo varios programas de atención a domicilio. Entre ellos, destaca el programa *Planificación al alta desde el Trabajo Social Sanitario*. Este programa tiene por objetivo garantizar la continuidad de cuidados de los pacientes ingresados en centros hospitalarios en el momento del alta y vuelta a su domicilio mediante la coordinación entre profesionales de Trabajo Social del ámbito hospitalario y del ámbito de Atención Primaria. Además de su objetivo principal, también contribuye a no prolongar estancias hospitalarias por cuestiones no clínicas (liberando recursos) y evitar reingresos hospitalarios.

Sin embargo, esta comunidad también consta de un *Plan Estratégico de Servicios Sociales de Navarra 2019 – 2023*³⁴. En este documento se plasma la estrategia a seguir ante el reto del envejecimiento de la población, el incremento de la dependencia i el aumento de la diversidad familiar.

Dentro de la actuación estratégica “desarrollar prestaciones de valor”, la atención domiciliaria está presente en una de sus actuaciones: “pilotaje y perfeccionamiento de intervenciones y servicios, especialmente virtuales, domiciliarios y de medio abierto, de carácter general”, entre los objetivos de la cual se encuentra mejorar la capacidad y construir nuevos formatos o modalidades de servicios domiciliarios (entre otros).

³³ *Plan de Salud de Navarra 2014 – 2020*, Gobierno de Navarra, Departamento de Salud
<http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/21DDBA10-A8D3-4541-B404-7A48827D3CFF/303761/PLANDESALUD20142020versionfinalParlamento.pdf>

³⁴ *Plan estratégico de Servicios Sociales de Navarra 2019 – 2023*, Gobierno de Navarra, Departamento de Derechos Sociales
https://gobiernoabierto.navarra.es/sites/default/files/plan_estrategico_servicios_sociales_navarra_2019-2023.pdf

Región de Murcia

El *Plan de Salud 2010 – 2015 de la Región de Murcia*³⁵ tuvo la intención de introducir actividades específicas de prevención y detección de problemas del anciano y atención domiciliaria a personas inmovilizadas en todos los centros de atención primaria.

Se proponen la teleasistencia y las ayudas a domicilio para reducir el impacto de la discapacidad en las personas dependientes.

³⁵ *Plan de Salud 2010 – 2015*, Gobierno de la Región de Murcia, Consejería de Sanidad y Consumo
<https://www.murciasalud.es/archivo.php?id=185877>

País Vasco

El plan de *Políticas de salud para Euskadi 2013 – 2020*³⁶ del País Vasco también contempla potenciar la asistencia en los niveles menores de complejidad y acercarse más al domicilio, especialmente en Atención Primaria, como nivel asistencial que garantiza la accesibilidad al sistema sanitario y disminuye las inequidades en salud.

Una de las áreas que el plan de salud prioriza es el envejecimiento saludable. Las acciones previstas para esta área pasan por acercar los nuevos servicios al domicilio de los pacientes, así como el refuerzo de los apoyos a las familias cuidadoras a través de una asistencia profesional domiciliaria, que asesore y resuelva dudas respecto a los cuidados.

Finalmente, uno de los objetivos dentro de la misma área priorizada es el envejecimiento activo, favoreciendo la autonomía de las personas mayores, priorizando el abordaje comunitario de la salud y sus determinantes. Para la consecución de este objetivo, también se contempla potenciar la atención domiciliaria, con la intención de garantizar la continuidad de cuidados de las personas mayores en su propio domicilio.

Las acciones concretas pasan por desarrollar e implantar la coordinación entre profesionales de servicios sociales y de salud, para conseguir una atención personalizada, integral y continuada de las personas mayores o discapacitadas. Por otra parte, también se pretende integrar los servicios de proximidad con la oferta de cuidados en salud.

Por otro lado, el País Vasco también está dotado del *Plan Estratégico de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma del País Vasco 2016 – 2019*³⁷, donde se constata la necesidad de impulsar un modelo comunitario de atención con un enfoque promotor y preventivo de la autonomía y la dependencia respectivamente.

Ante el reto de la evolución demográfica de la población, se toma como objetivo el impulso al servicio de ayuda al domicilio, el servicio de teleasistencia, los servicios de día, servicios de alojamiento y los centros residenciales dirigidos a personas mayores.

³⁶ *Plan de salud para Euskadi 2013 – 2020*, Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco, Departamento de salud
http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/plan_salud_2013_2020/es_def/adjuntos/plan_salud_2013_2020-web%2012_03_2018.pdf

³⁷ *Plan Estratégico de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma del País Vasco 2016 – 2019*, Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco, Departamento de Empleo y Políticas Sociales
http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/planes_ss/es_planes/adjuntos/PLAN%20ESTRATEGIC%202016-2019%20CAST.pdf

Dentro del eje “afianzamiento y desarrollo del modelo comunitario y, en particular, del enfoque preventivo y la personalización de la atención”, uno de los objetivos estratégicos pasa por impulsar las tecnologías y productos de apoyo, al efecto de favorecer la integración social con autonomía y la permanencia en el domicilio. Se ha establecido, así mismo, como elemento prioritario el desarrollo de condiciones adecuadas en la vivienda y para el acceso al entorno, favoreciendo la integración social con autonomía y permanencia en el domicilio.

4.2. Análisis cualitativo de los elementos clave que configuran el modelo de atención domiciliaria y experiencias innovadoras en el contexto español e internacional

1. Gobernanza

Una de las peculiaridades de la atención domiciliaria es su complejidad por coordinar los diferentes agentes implicados en la prestación del servicio, del ámbito de social y sanitario y los diferentes profesionales. Es frecuente que la población reciba una atención fragmentada, cosa que puede impactar negativamente en sus experiencias, peores resultados en salud y se crea una duplicidad e ineficiencia del servicio.

Coordinación, continuidad de integración asistencial son elementos que se suelen utilizar para referirse a una misma idea: la conexión de la atención de que recibe un paciente desde múltiples fuentes de provisión³⁸. La gobernanza es un elemento clave para llegar a acuerdos entre los financiadores, los proveedores y los profesionales que facilite establecer las responsabilidades de cada uno de ellos.

La gobernanza se debe abordar desde tres dimensiones:

- Integración entre el sector social y sanitario
- Descentralización local.
- Relación entre el sector público y privado.

En cuanto a la competencia institucional de la atención domiciliaria, en la mayoría de países de Europa, la responsabilidad está repartida entre los ministerios de sanidad y el de servicios sociales que elaboran por separado sus normas de financiación, provisión y financiación³⁹.

Cabe destacar que orgánicamente, es poco frecuente la integración social y sanitaria, pero existe cada vez más, la voluntad de las instituciones implicadas de propiciar una atención coordinada de las necesidades sociales y sanitarias. Como se ha podido ver en la fase 1 del estudio, la evolución de los últimos años se puede observar cada vez más afianzada la necesidad de cambio de la gobernanza y una corriente a favor de la atención integrada, con la existencia de mejoras para la coordinación operativa, los instrumentos de valoración conjunta de los pacientes, los protocolos y los equipos multidisciplinares⁴⁰.

El nivel de descentralización suele ser distinto entre el ámbito sanitario y el ámbito social. En la siguiente tabla se muestra como muchos países, como Bélgica, Francia, Italia, España y el Reino Unido, tienen un modelo de organización donde los aspectos

³⁸ M^a Luisa Vázquez Navarrete, et al. Organizaciones sanitarias integradas: una guía para el análisis. Rev. Esp. Salud Pública vol. 79 no. 6 Madrid nov./dic. 2005

³⁹ Organización Mundial de la Salud. Home Care across Europe, 2011

⁴⁰ The Kings Fund. Making sense of integrated care systems. 2018. Consultado e octubre de 2019: <https://www.kingsfund.org.uk/publications/making-sense-integrated-care-systems#what>

sanitarios de la atención domiciliaria forman parte de la administración central o regional, y la parte social esta descentralizada a la administración local. Al otro lado, países como Dinamarca, Finlandia, Suecia, el gobierno reconoce las ventajas de proveer la atención domiciliaria por parte de un único Ministerio y bajo la responsabilidad de una institución: los municipios.

País	Atención domiciliaria sanitaria	Atención domiciliaria social
Bélgica	Administración central o regional	Administración local o municipio
Dinamarca	Administración local o municipio	Administración local o municipio
Finlandia	Administración local o municipio	Administración local o municipio
Francia	Seguridad social y administración local o municipio	Administración local o municipio
Alemania	Seguridad social	Seguridad social
Irlanda	Administración central o regional	Administración central o regional
Italia	Administración central o regional	Administración local o municipio
Países Bajos	Seguridad social	Seguridad social
Portugal	Administración central o regional	Administración local o municipio
España	Seguridad social	Administración local o municipio
Suecia	Administración local o municipio	Administración local o municipio
Reino Unido	Administración central o regional	Administración local o municipio

Tabla 1. Organización de la atención social y sanitaria en países europeos⁴¹

En la mayoría de países, la administración central está implicada en la provisión de la atención domiciliaria, acordando como principal prestador de servicios a los municipios o a los centros de salud. En el caso que el Gobierno no esté implicado, los proveedores serán agentes privados que deben cumplir con unos requisitos definidos por las administraciones para poder recibir financiación pública.

En muchos países se menciona la necesidad de avanzar en el desarrollo de una atención domiciliaria integrada. La mayoría se refieren a la atención domiciliaria como una alternativa a la institucionalización para hacer frente al envejecimiento de la población y como una estrategia para mejorar la calidad de vida de los pacientes crónicos.

⁴¹ Adaptación de Organización Mundial de la Salud. *Home care in Europe. The solid facts*. 2008. Consultado en octubre de 2018 <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/home-care-in-europe.-the-solid-facts>

Pese a que a que los planes estratégicos analizados no definen objetivos cuantitativos del porcentaje de población que debe beneficiarse de este servicio, existen elementos comunes referidos para mejorar la atención domiciliaria: mejor coordinación entre los diferentes servicios sociales y sanitarios implicados en el servicio, mejor calidad, mejorar las capacidades de los profesionales e implicar a los agentes comunitarios en el cuidado de las personas.

La atención domiciliaria requiere políticas para una gobernanza compartida, que alcance un equilibrio entre garantizar un liderazgo nacional, que asegure que se optimizan las actuaciones y recursos y se comparte el conocimiento, del mismo modo que se mantiene la autonomía de las entidades y profesionales que garanticen que se da una adecuada respuesta equitativa en toda la población.

El éxito de la implementación de la estrategia dependerá de una gobernanza compartida entre los distintos agentes, que se sustente en un modelo. De este modo, el sistema sanitario y social podrá adaptarse con mayor flexibilidad y agilidad a los retos del envejecimiento, entre los que se encuentran la financiación de los servicios y los tratamientos.

Por último, existen experiencias de colaboración público- privada. Existen instituciones privadas más preparadas para adaptarse a la demanda y a la producción de servicios que la propia administración pública. La administración se enfoca a definir el modelo de atención y a establecer unos niveles de calidad que deben garantizarse, pero delega la provisión del servicio a empresas privadas.

Experiencia: Finlandia

Las administraciones locales tienen la competencia de decidir la estructura del servicio y los modelos de provisión. La legislación nacional (Local Government Act) permite a las autoridades locales el derecho a comprar los servicios a entidades privadas. De acuerdo con la legislación, una organización es la que integra los servicios, que puede ser una entidad pública, aunque técnicamente es una empresa privada.

La Ley de servicios de atención para personas mayores exige estándares de alta calidad para los servicios de atención en todo el país y el Marco nacional para servicios de alta calidad para personas mayores⁴² establece objetivos con respecto al número máximo de personas mayores que pueden vivir en atención institucional. Esta legislación respalda el objetivo general de permitir que las personas mayores vivan en sus hogares el mayor tiempo posible.

⁴² MINISTRY OF SOCIAL AFFAIRS AND HEALTH FINLAND. National Framework for High-Quality Services for Older People. https://stm.fi/en/article/-/asset_publisher/alderslagen-tryggar-hogklassig-service-for-aldre-i-hela-landet

Por ejemplo, en la ciudad de Tempere, se ha establecido el modelo llamado *Kotitori*, con una agencia que lleva el mismo nombre gestionada por una empresa privada. Esta agencia es la integradora de todos los servicios que son financiados en parte por la administración local y en parte por los usuarios a través de copago o cuotas que dependen del nivel de ingresos y otras propiedades. Estos servicios incluyen servicios de enfermería y atención domiciliaria, servicios de transporte, compras, limpieza y comida. La oficina *Kotitori* compra los servicios a unas subcontratistas, organiza los recursos y supervisa todos los elementos de evaluación de su territorio de referencia.

Esta gobernanza muestra resultados elevados de satisfacción del usuario y mayor eficiencia ya que, además de representar menos trabajo para la administración pública, tiene un efecto en la disminución de los costes derivados de la atención sanitaria de los usuarios de más de 75 años que los usuarios del sistema de provisión pública de servicios municipales: los individuos tienen un 14% menos de visitas urgencias, un 15% menos de ingresos hospitalarios y un 30% menos de consultas con especialistas.⁴³

De esta manera se promueve el trabajo colaborativo e integrado y para la administración es una manera de centralizar todas las negociaciones de los proveedores de servicios en un solo agente.

Experiencia: País Vasco

En los últimos años se ha avanzado hacia la integración social y sanitaria con iniciativas organizativas y de gobernanza como la creación de las **Organizaciones Sanitarias Integradas (OSI)** adscritas a sus municipios de influencia con la participación de los agentes sanitarios y sociales⁴⁴. Se trata de estructurar los niveles de atención social y sanitaria en su dimensión MACRO/MESO/MICRO, dotándoles de seguridad jurídica y empoderándolos para el desarrollo de sus funciones.

El proceso de integración estructural que se inició en el sistema sanitario vasco en 2011 concluyó en 2016 con la constitución de 13 Organizaciones Sanitarias Integradas (OSIs) que desde entonces trabajan los cuidados integrados. Para hacerlo posible se aprobó el Decreto 100/2018 de las organizaciones sanitarias integradas del ente público Osakidetza (Servicio Vasco de Salud)⁴⁵, por el cual se definen instrumentos de relación entre la administración y los proveedores, como el contrato programa.

⁴³ Organisation for Economic Co-operation and Development. The Kotitori Integrator of Home Care Services in Finland.

[http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DSTI/ICCP/IE\(2012\)7&docLanguage=En](http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DSTI/ICCP/IE(2012)7&docLanguage=En)

⁴⁴ PRIORIDADES ESTRATÉGICAS DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA. Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco

⁴⁵ Boletín oficial del Gobierno Vasco. DECRETO 100/2018, de 3 de julio, de las organizaciones sanitarias integradas del ente público Osakidetza-Servicio vasco de salud.

En Euskadi se ha optado, para la construcción del espacio sociosanitario, por un modelo de coordinación entre todas las instituciones competentes en la materia, basado en la armonización de las respectivas políticas. Para mejorar la integración de las políticas sanitaria y sociales, el Gobierno Vasco ha creado el Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria⁴⁶, órgano que articula, a nivel autonómico, la cooperación y la coordinación entre el Sistema Vasco de Servicios Sociales y el Sistema Sanitario de Euskadi. En este sentido, su finalidad es la orientación y el seguimiento de las decisiones políticas, normativas, económicas, organizativas y asistenciales en materia de coordinación sociosanitaria, asignando, en cambio, la promoción y facilitación de la coordinación sociosanitaria en los niveles de atención primaria y secundaria, así como en el marco del trabajo interdisciplinar y en el diseño de los itinerarios de intervención con las personas usuarias.

⁴⁶ Gobierno Vasco. Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria. http://www.euskadi.eus/web01-a2zesosa/es/contenidos/informacion/inf_sosa_a2/es_def/index.shtml#2418

2. Cartera de servicios

Existe una separación entre los servicios que ofrece el sector sanitario y el sector social. Por un lado, la atención domiciliaria del sector sanitario suele ofrecer una variedad importante de servicios: atención médica y de enfermería a procesos crónicos y agudos, rehabilitación, terapias respiratorias a domicilio, curas paliativas. Los beneficiarios son en su mayoría a personas mayores, personas con enfermedades crónicas complejas y personas con enfermedades terminales.

Por otro lado, los servicios sociales de ayuda al domicilio, incluyen tareas domésticas, como hacer la compra, cocinar, limpiar, trámites administrativos, actividades de socialización como salir a caminar y brindar cuidado personal (ayuda para bañarse y vestirse, etc.). Estos servicios comúnmente son destinados a personas con un grado de dependencia certificado.

Todos estos servicios tienen un objetivo común: mejorar la salud y la calidad de vida de las personas en el entorno familiar. Dentro de la cartera de servicios existen diferentes **modalidades** de atención domiciliaria:

- **Atención domiciliaria (ATDOM) a cargo de la atención primaria de salud del área básica del paciente:**
 - **Descripción:** actividades de ámbito comunitario que se realizan en el domicilio con la finalidad de detectar, valorar y dar soporte y seguimiento a los problemas de salud de la persona o la familia, potenciando la autonomía y mejorando la calidad de vida. Se considera un servicio 24 horas del día los 7 días de la semana, ya que incluye además de visitas de seguimiento, atención urgente.
 - **Población destinataria:** personas que, dada su situación de salud/enfermedad, tienen dificultades para acceder al centro de salud y pueden beneficiarse de la atención sanitaria a domicilio. Esta población incluye las personas con enfermedades crónicas complejas y/o avanzadas, pacientes frágiles, personas que han sufrido un ingreso en un hospital de agudos o sociosanitario y que necesiten continuidad de los cuidados, y personas con riesgo de sufrir caídas u otras complicaciones.
 - **Nivel de madurez:** La atención domiciliaria dirigida a pacientes con procesos crónicos se organizó mediante un programa que se denominó ATDOM. En la actualidad la mayoría de los EAPS tienen una parte de su jornada dedicada a las visitas en el domicilio de una lista de pacientes, ya sea para cuidados comunes o para urgencias por descompensación. Existe una variabilidad en los programas, dependiendo del entorno rural o urbano y los recursos disponibles de los equipos.

- **Hospitalización a domicilio:**

- **Definición:** Conjunto de tratamientos y cuidados sanitarios proporcionados en el domicilio de una complejidad, intensidad y duración comparables a las que recibiría ese mismo paciente en el hospital convencional, facilitando una disminución de costes y procurando el aumento de la seguridad y satisfacción del paciente⁴⁷.

Es de carácter transitorio, de duración limitada condicionada a la circunstancia del alta médica, sea por la curación, éxitus, estabilización del proceso patológico, reingreso al hospital o transferencia a la atención primaria.

- **Población destinataria:** pacientes agudos, crónicos reagudizados, postquirúrgicos, traumatológicos o enfermos en situaciones terminales con descompensación de síntomas. Cualquier patología es susceptible de esta modalidad asistencial, pero las más frecuentes son enfermedades respiratorias como el EPOC (29%), enfermedades del aparato genitourinario como las infecciones urinarias (12,4%) y enfermedades del aparato circulatorio como insuficiencias cardíacas (11,2%)⁴⁸.

- **Nivel de madurez:** en Catalunya entorno al 50% de los centros hospitalarios catalanes cuenta con unidad de HaD, principalmente hospitales de niveles de alta complejidad. No existe una definición de los aspectos básicos del modelo asistencial ni tampoco un análisis territorial con una propuesta de mapa de unidades que permita garantizar la cobertura poblacional. Cada hospital define sus servicios, la mayoría son necesidades paliativas por enfermedades oncológicas y no oncológicas que pueden incluir las transfusiones sanguíneas y la administración de distintos fármacos endovenosos.

El País Vasco es el territorio español con mayor cobertura de esta modalidad asistencial, a la que pueden acogerse la práctica totalidad de sus habitantes. Empezó en 1983 y ahora da cobertura al 100% de población. El Servicio de Hospitalización a Domicilio (HaD) de Osakidetza calcula que atiende cada año a 11.300 usuarios del sistema sanitario vasco que suman cerca de 147.000 estancias y que el Servicio Vasco de Salud se evita en camas, con el consiguiente ahorro económico⁴⁹.

⁴⁷ Cuxart A, Estrada O. Hospitalización a domicilio: oportunidad para el cambio. Med Clin (Barc).2012;138(8):355–36

⁴⁸ Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Hospitalización a domicilio. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2018
http://aguas.gencat.cat/web/.content/minisite/aguas/publicacions/2018/hospitalizacion_domiciliaria_a_quas2018es.pdf

⁴⁹ Medico interactivo. Nota de prensa: Osakidetza se evita con la hospitalización a domicilio, cuyo coste asciende a 16,5 millones, cerca de 147.000 camas. <http://elmedicointeractivo.com/osakidetza-evita-hospitalizacion-domicilio-cuyo-coste-asciende-16-5-millones-cerca-147-000-camas-20160121130602050275/>

- **Atención al final de la vida o equipos PADES:**

- **Descripción:** Se trata de equipos formados por expertos en cuidados paliativos y en atención a las personas con enfermedad crónica avanzada, integrados por profesionales del ámbito de la medicina, la enfermería, el trabajo social y la psicología. Se activan desde cualquier dispositivo de la red sanitaria, realizando visitas de seguimiento de acuerdo a las necesidades.
- **Población destinataria:** El servicio está especializado en atender a las personas con enfermedades oncológicas (cáncer) o con enfermedades crónicas avanzadas.
- **Nivel de madurez:** existe una cierta inequidad territorial y variabilidad de la accesibilidad de los servicios PADES. En algunos territorios, principalmente urbanos⁵⁰, existe una amplia cobertura de la población a través de equipo con profesionales provenientes del ámbito sociosanitario o de los hospitales de agudos. En otros territorios, como por ejemplo rurales y con gran dispersión geográfica, es más difícil de garantizar el servicio para toda la población.

- **Atención a la salud mental:**

- **Descripción:** Tiene como finalidad facilitar la autonomía personal y favorecer que la persona se mantenga en su entorno habitual de vida. Consiste en un programa individualizado, de carácter preventivo, asistencial y rehabilitador, mediante un equipo profesional que realiza la atención personal, doméstica, de apoyo psicosocial, familiar y de relaciones con el entorno.
- **Población destinataria:** son personas con trastornos mentales graves que, pese a ser necesitar atención ambulatoria, al no tener conciencia de enfermedad no acuden al centro de atención ni toman la medicación, por lo que, si no hay seguimiento o búsqueda activa, personas con enfermedad mental que lo requieran no van a tener acceso a la AD ni a otros servicios⁵¹. En otros casos, las personas con enfermedad mental requieren para su adecuado tratamiento la intervención en el entorno próximo.
- **Nivel de madurez:** existen pocas experiencias relacionadas con la atención domiciliaria en salud mental. No obstante, muchas instituciones de salud mental están iniciando programas de intervención domiciliaria, complementarios a los

⁵⁰ Salut integral Barcelona. Programa d'atenció domiciliària, Equips de Suport PADES.

<http://salutintegralbcn.gencat.cat/ca/ambits/Programa-datencio-domiciliaria-Equips-de-Suport-PADES/>

⁵¹ Banco de Preguntas Preevid. Perfil del usuario con trastorno mental grave beneficiario de las visitas domiciliarias Murciasalud, 2013. Disponible en <http://www.murciasalud.es/preevid/19382>

de intervenció psicoeducativa y comunitaria, debido a que son un componente esencial de la atención psicosocial a personas con enfermedad mental grave⁵².

- **Servicios de atención a domicilio (SAD):**

- **Descripción:** a cargo de los servicios sociales del municipio, son un conjunto de acciones que apoyan a personas y/o familias que, por motivos de edad, enfermedad, discapacidad o dificultades sociales, no cuentan con la autonomía personal suficiente para desarrollar las actividades más básicas de la vida diaria o bien las relativas a la organización y mantenimiento del hogar, la adecuada atención a los menores o las relaciones sociales.

- **Población destinataria:** Personas mayores con discapacidad y familias que presenten situaciones de falta de autonomía personal, dificultades de desarrollo o con problemáticas familiares especiales o situaciones de dependencia. Para acceder al servicio de ayuda a domicilio se debe hacer la demanda a los Servicios Sociales Básicos que le corresponda. El profesional encargado será quien valorará la necesidad y determinará el plan de intervención, donde establecerá las horas y tareas a realizar.

- **Nivel de madurez:** todos los municipios tienen servicios de ayuda a domicilio, impulsados por Ayuntamientos, o en el caso de municipios pequeños a través de una administración mancomunada como una Diputación o Consejo Comarcal. La ley de dependencia establecido una cartera de servicios de atención domiciliaria para personas con discapacidad, no obstante, en muchos casos, por la falta de recursos o la lentitud de la administración, hacen que esta ayuda tarde tiempo en llegar y con problemas de accesibilidad para la población que la solicite.

- **Teleasistencia:**

- **Descripción:** es un apoyo para la autonomía de las personas en su hogar, que funciona mediante terminal instalado en el domicilio de la persona, ya sea una unidad de control remoto en formato de colgante o pulsera para cada una de las personas usuarias, que puede estar conectado de forma permanente al centro atención telefónica las 24 horas en el día, los 365 días del año.

Ofrece también llamadas y visitas de seguimiento, recordatorios de visitas médicas o de uso de la medicación y atención inmediata a través de una unidad móvil que se desplaza en el domicilio en caso de necesidad. El servicio puede ir acompañando de dispositivos de seguridad del hogar que se instala, previa valoración profesional, en función de la situación de riesgo detectado, por ejemplo, aparatos de detección de fugas de gas o humo, aparatos de detección

⁵² Hermanas hospitalarias. La intervención domiciliaria con personas con trastorno mental grave. <https://www.aita-menni.org/es/noticias/intervencion-domiciliaria-personas-trastorno-mental-11511.html>

de caídas, adaptaciones para personas que tengan algún déficit del habla o en el oído, etc.

Población destinataria: el servicio puede ir dirigido a personas de más de 65 años o menores de 65 años, pero con un certificado de discapacidad donde conste una necesidad de movilidad reducida o el reconocimiento de dependencia.

- **Nivel de madurez:** es uno de los servicios sociales con una mayor implantación territorial. Por ejemplo, el servicio implantado por la Diputación de Barcelona, da una cobertura del 11,80% de la población mayor de 65 años y del 30,80% de la población mayor de 80 años y un alto grado de satisfacción por parte de las personas usuarias y de sus familias⁵³.

El servicio de teleasistencia del Gobierno Vasco, *betiOn*, alcanzó en el año 2018 un total de 50.236 usuarios, de los que la gran mayoría, un 78%, son mujeres, con un incremento del 6% respecto al año anterior⁵⁴.

En conclusión, las diferentes modalidades comparten los siguientes objetivos:

- Ayudar a las personas a mantener o mejorar su estado de salud y calidad de vida.
- Ayudar a las personas a permanecer lo más independientes posible,
- Apoyar a las familias para hacer frente a la necesidad de cuidado de un miembro de la familia,
- Ayudar a las personas a quedarse o regresar a casa y recibir el tratamiento, rehabilitación o cuidados paliativos necesarios, y
- Aportar a los cuidadores informales / familiares el apoyo que necesitan.

Uno de los elementos clave relacionados con la cartera de servicios son los instrumentos de valoración de la persona beneficiaria del servicio, para decidir qué tipos de servicios y que intensidad será necesaria. Esto incluye hacer una valoración no solamente de la persona, sino de su entorno familiar, social y las condiciones de su domicilio.

⁵³ Diputació de Barcelona. Servicio local de teleassistència.

<https://www.diba.cat/es/web/benestar/teleassistencia>

⁵⁴ Gobierno Vasco. Servicio telasistencia BetiOn <https://www.euskadi.eus/gobierno-vasco/-/noticia/2019/beatriz-artolazabal-el-servicio-de-teleasistencia-betion-constituye-un-referente-internacional-en-la-atencion-a-las-personas-mayores-a-quienes-facilita-una-autonomia-seguridad-y-empoderamiento/>

3. Financiación

El contexto sociodemográfico deja intuir que en el corto plazo la demanda de atención domiciliaria sufrirá un aumento significativo. Para dar respuesta a este incremento de la demanda será necesario destinar más recursos, por lo cual, los niveles presupuestarios de los departamentos competentes en la materia se tendrán que ver incrementados progresivamente.

Para cuantificar este crecimiento presupuestario será necesario determinar el nivel de cobertura que se pretende conseguir, la intensidad y con qué calendario.

Para determinar el sistema de financiación es necesario tener en cuenta la participación de los agentes involucrados que van a interactuar en la prestación del servicio: departamento de salud, departamento de servicios sociales, municipios, consejos comarcales, diputaciones... sin perjuicio de que en el futuro puedan incorporarse nuevos actores. Una vez se han establecido todas las instituciones que van a participar, es necesario establecer un modelo de distribución de la financiación.

Aparte de los recursos que aporten estas entidades, se podrá contar (o no) con la contribución de la persona usuaria del programa. Si se opta por establecer un modelo de copago, habrá que garantizar la equidad en el acceso y definir condiciones y requerimientos de los servicios.

Un elemento que varios estudios destacan es la financiación compartida interdepartamental. Esto es un presupuesto conjunto de los departamentos de sanidad y servicios sociales. En inglés, este concepto se denomina **pooling budgets**, y se define como “presupuestos que combinan fondos de distintas organizaciones (o departamentos) para adquirir soporte integrado para lograr resultados compartidos. Esto permite a las organizaciones aprovechar la experiencia del trabajo conjunto previo para financiar servicios asistenciales realmente integrados⁵⁵”.

El mayor punto a favor de los *pooling budgets*, traducido como “presupuestos conjuntos”, es la habilidad que tienen para alinear los intereses de todos los proveedores frente unos objetivos y resultados comunes para la población. En consecuencia, se esperaría una mejora en la calidad de la prestación del servicio y una reducción de la duplicidad de funciones, dando como resultado global un sistema que aporta más valor.

Los presupuestos conjuntos facilitan a los proveedores prestar la asistencia que los pacientes necesitan. En lugar de prestar unos servicios muy especializados poniendo el foco en unos objetivos muy concretos con códigos presupuestarios fragmentados, los

⁵⁵ *What do we want to achieve by pooling budgets?*, NHS North West London, Collaboration of Clinical Commissioning Groups

proveedores pueden personalizar las intervenciones de acuerdo con los intereses de las personas y responder mucho más rápido cuando las necesidades cambian.

Los presupuestos conjuntos ayudan a los proveedores a crear roles de coordinación entre sistema de salud y social para centrarse en los servicios que necesitan las personas. En concreto, los beneficios que les atribuyen a los presupuestos conjuntos son:

- **Flexibilidad** para que los proveedores inviertan en lo que sea que mantenga a las personas sanas, ya sea atención sanitaria o social, en lugar de administrar los servicios por separado con diferentes contratos y presupuestos.
- **Innovación** en recursos puede poner en práctica otros modelos de atención y servicios que satisfagan las necesidades más holísticas sanitarias y sociales. Este hecho podría mejorar la conveniencia de las personas que reciben la atención y reducir duplicidades de servicios mediante el uso de fondos conjuntos para un equipo multidisciplinario de atención en lugar de servicios separados.
- **Trabajo colaborativo y cercano** como consecuencia de que los fondos son comunes y las decisiones se toman conjuntamente.
- **Toma de decisiones rápida** ya que hay menos pasos en el proceso.

Experiencia: Escocia

En esta nación del Reino Unido trabaja la *Health and Social Care Scotland (HSCS)*, una asociación que lidera los servicios sanitarios y sociales por lo que se refiere a integración, colaboración y transformación. Se trata de una colaboración nacional entre todas las organizaciones del sector que trabajan para el cambio en la atención sanitaria y social en el país. La HSCS sirve como punto de encuentro donde se comparten las mejores prácticas, los proveedores aprenden entre ellos y se trabaja colectivamente para unos mejores resultados en la atención.

Del documento que esta asociación elaboró, *Health and social care integration*⁵⁶, se desprenden un conjunto de recomendaciones diferenciadas por ámbitos:

- Compromiso con el liderazgo colaborativo y construcción de relaciones
- Planificación estratégica efectiva para la mejora
- Gobernanza consensuada y rendimiento de cuentas
- Habilidad y disposición a compartir información
- Financiación integrada y planificación financiera

De este último punto, Financiación integrada y planificación financiera, se le recomienda al gobierno escocés, gobiernos locales (COSLA), consejos y NHS que apoyen la integración financiera poniendo el foco en el largo plazo y promoviéndola en el nivel nacional y local. Todos los participantes deberían tener más flexibilidad en planear e

⁵⁶ *Health and social care integration: update on progress*, Audit Scotland (November 2018)

invertir en el medio plazo para conseguir el objetivo de prestar una atención más basada en la comunidad.

En Lanarkshire, uno de los condados de Escocia, decidió cerrar treinta camas del Hospital Udston para dedicar estos recursos en otros modelos alternativos de salud comunitaria. Los recursos se redirigieron a la atención domiciliaria y la enfermería comunitaria, con el objetivo de que la zona donde vivían los pacientes estuviera dotada de más capacidad para mantenerlos en casa. Para lograr este objetivo se realizó un modelo financiero para comprender el perfil de las personas mayores y reasignar los recursos a servicios sociales y de salud más adecuados.

La liberación de recursos proporcionó un cierto grado de flexibilidad financiera para desarrollar aún más los servicios de atención intermedia y aumentar los servicios de rehabilitación de la comunidad.

De la experiencia se recogen algunas ideas importantes como que el consenso presupuestario entre diferentes instituciones es dificultoso. Esto se debe principalmente a los diferentes plazos del calendario para la elaboración y ejecución, el desconocimiento por parte de los agentes de los recursos financieros por parte de otros, presiones presupuestarias... Este desconocimiento entre instituciones da lugar a un ambiente de desconfianza y escepticismo a comprometer fondos para un presupuesto integrado de salud y social.

4. Organización de los equipos

A pesar de la visión global de la que se quiere dotar al modelo de atención domiciliaria para atender a personas con necesidades sanitarias y sociales, la realidad en la mayoría de los casos es que se presenta todavía una significativa fragmentación. Cada profesional que acude al domicilio actúa de acuerdo con sus competencias y se ciñe a las tareas que le corresponden.

Algunos de los servicios que se realizan en el domicilio de la persona requieren personal de enfermería especializado y experto. Sin embargo, hay otros servicios relacionados con las actividades más comunes diarias (levantarse de la cama, vestirse, bañarse...) que no precisan de personal tan cualificado y pueden ser provistos por otro tipo de profesionales. Esta división de tareas entre distintos trabajadores con diferente formación se da muy comúnmente en la organización de muchos modelos de atención domiciliaria a día de hoy. En consecuencia, la presencia de varios asistentes en el domicilio realizando una tarea concreta y separada del resto puede dificultar la continuidad asistencial, al mismo tiempo que es criticado tanto por profesionales como usuarios, a quienes no les satisface ver en su domicilio a profesionales deambulando continuamente.

Tradicionalmente la atención en el domicilio del paciente ha sido una parte importante de las actividades de los médicos de familia. Actualmente, pero, la atención se presta en el Centro de Atención Primaria (CAP), y el hecho de que el médico se desplace al domicilio es ocasional. Aun así, los equipos de atención primaria no han dejado de estar en una situación privilegiada para poder atender a aquellos pacientes que, por una circunstancia u otra, no pueden desplazarse hasta el centro sanitario.

El progresivo envejecimiento de la población y la consecuente alta prevalencia de enfermedades graves e invalidantes junto a una tendencia clara de seguir aumentando durante los próximos años, obliga a adoptar cambios organizativos en los Equipos de Atención Primaria (EAP) para que la atención domiciliaria ocupe el lugar relevante que le corresponde.

Experiencia: el modelo *Buurtzorg* (Holanda)

La palabra *Buurtzorg* significa “curas de barrio” en holandés, y es el nombre de una empresa sin ánimo de lucro fundada en el año 2006 por un grupo de enfermeros comunitarios descontentos con la fragmentación y descoordinación entre la atención social y la sanitaria. Hoy en día, *Buurtzorg* atiende alrededor de 70.000 personas al año en 24 países diferentes.

La pieza angular de este modelo es el rol que se otorga a la profesión enfermera, dándole mucho más protagonismo. El eje principal del modelo consiste en la creación de equipos

de enfermeros/as autogobernados, con total autoresponsabilización y autonomía de trabajo, y que tienen por objetivo maximizar la implicación e independencia de los pacientes atendidos.

Los equipos los forman grupos de hasta 12 enfermeros que están al cargo de entre 50 y 60 pacientes. Entre todos organizan el trabajo, comparten responsabilidades y toman decisiones. No disponen de controles de gestión, sólo de resultados. Tampoco tienen supervisores ni gerentes; únicamente cuentan con el soporte de *coaches* que les ayudan a operativizar los equipos, pero en ningún caso les aconsejan o monitorizan. El modelo se basa en la vocación y profesionalidad de los trabajadores. Los equipos autogobernados ofrecen flexibilidad a los profesionales y les permite adaptarse con total libertad a las necesidades de cada paciente.

El modelo *Buurtzorg* intenta ir en contra del modelo de organización tradicional y adoptar una visión más holística del paciente: los equipos de enfermería son responsables de la totalidad de los servicios de atención que se realizan en el domicilio del paciente (plan de curas, programar visitas médicas necesarias, generar información para facilitar la continuidad asistencial...).

Las ventajas que presenta el modelo holandés son relevantes: menos costes derivados de la atención domiciliaria, más satisfacción por parte de los usuarios y menos hospitalizaciones. Por otro lado, los pacientes atendidos por *Buurtzorg*, necesitan menos tiempo de atención, ganan autonomía más rápidamente, acuden menos al servicio de urgencias y, si finalmente ingresan en el hospital, su estancia es inferior al resto de pacientes de las mismas características.

Las claves del éxito que han propiciado el rápido crecimiento de este modelo son:

- a. El modelo es popular entre las enfermeras experimentadas en servicios de atención domiciliaria.
- b. Elevada satisfacción del paciente y sus familiares y buenos resultados en salud.
- c. Soluciona las necesidades de los pacientes con menos tiempo que el resto de los proveedores.

Objetivos	Estructura
<ul style="list-style-type: none"> • Crear equipos autogobernados de enfermeros para proveer tanto servicios sanitarios como de soporte en el domicilio 	<ul style="list-style-type: none"> • Equipos independientes de enfermeros (máx. 12 por equipo) al cargo de 50 – 60 pacientes para todos los aspectos de atención
<ul style="list-style-type: none"> • Ser un modelo de atención comunitaria holístico y sostenible 	<ul style="list-style-type: none"> • Programas informáticos para programar visitas, gestionar la información del paciente, documentación profesional, evaluación del servicio y factura

<ul style="list-style-type: none"> • Mantener y recuperar la independencia y autonomía del paciente 	<ul style="list-style-type: none"> • Los <i>coaches</i> están disponibles para resolver las incidencias que se puedan presentar
<ul style="list-style-type: none"> • Educar a los pacientes y sus familiares en autocuras 	<ul style="list-style-type: none"> • Una pequeña oficina local se encarga de la administración
<ul style="list-style-type: none"> • Crear redes de recursos vecinales y cercanos 	
<ul style="list-style-type: none"> • Confiar en el profesionalismo de los enfermeros 	

Tabla 2. Objetivos y estructura de los equipos *Buurtzorg*.

5. Perfiles profesionales

Desde una perspectiva de atención integrada, los perfiles profesionales que confeccionan los equipos multidisciplinares son básicamente profesionales sanitarios y de trabajo social. Cada uno de ellos, sin embargo, dispone de su ámbito de competencia propio y se debe coordinar con los demás sobre la base del respeto mutuo y del trabajo colaborativo. La atención a la persona y su familia debe realizarse de manera integral y coordinada dentro del equipo, y llevarse a cabo con la mejor calidad y eficiencia posible.

En España, en cada Área Básica de Salud (ABS), el Equipo de Atención Primaria (EAP) es quien desarrolla las actividades preventivas y de promoción de la salud de la Atención Domiciliaria. El EAP presta estos servicios tradicionalmente a través de las Unidades Básicas Asistenciales, compuestas por los siguientes perfiles profesionales⁵⁷:

- Un médico de familia y un enfermero/a, responsables directos de la salud del paciente atendido. Las tareas y responsabilidades de ambos son:
 - Valorar el estado general y seguir la evolución del paciente
 - Informar sobre la enfermedad para conseguir un mayor conocimiento y aceptación de la misma, por parte del paciente y su familia
 - Prevenir complicaciones y repercusiones psicosociales, tanto de la enfermedad como de su tratamiento
 - Educar al paciente y a su cuidador sobre el cumplimiento del tratamiento y de los controles necesarios que se deben realizar
- Un trabajador social, en colaboración con los dos anteriores. Las tareas que le corresponden son:
 - Analizar la situación sociofamiliar y hacer un diagnóstico social
 - Informar y orientar sobre los recursos comunitarios de la zona
 - Proporcionar ayuda a la familia y promocionar su bienestar
 - Asignar a auxiliares domiciliarios a los pacientes y sus familias que lo precisen
 - Tramitar y gestionar las solicitudes de ayudas y otros documentos administrativos
- El propio paciente y su entorno familiar (cuidadores). Las funciones del cuidador serán:
 - Participar activamente en los cuidados del paciente (bajo la supervisión del médico de familia y del/la enfermero/a)
 - Detectar los síntomas de alarma del estado físico-psíquico del paciente y de deterioro funcional, mental y afectivo y comunicarlo a los profesionales sanitarios

⁵⁷ *Atención Primaria de Calidad. Guía de buena práctica clínica en Atención Domiciliaria*, Organización Médica Colegial de España y Ministerio de Sanidad y Consumo (2005)

- Participar, en la medida de lo posible, en las actividades desarrolladas por los auxiliares domiciliarios

Además, se debe aprovechar la colaboración de otros sectores de la población cercanos al paciente atendido como:

- Colaboradores informales (vecinos, voluntarios, amigos...)
- Otros recursos, ya sean sanitarios y sociales de apoyo (hospital de referencia, residencias, fisioterapeutas, laboratorio de análisis, asociaciones de ayuda mutua...)

Merece especial atención la figura de la gestora de casos⁵⁸. El rol del gestor de casos se define como la “coordinación de la asistencia y defensa de individuos concretos, y poblaciones de pacientes en diversos contextos para reducir costes, disminuir el uso de recursos, mejorar la calidad de la asistencia sanitaria y conseguir los resultados deseados”.

En realidad, se trata de un proceso de colaboración y participación entre distintos dispositivos sanitarios y sociales en el que se valoran, planifican, aplican, coordinan y evalúan opciones y servicios necesarios para satisfacer las necesidades de salud de un paciente articulando la comunicación y los recursos disponibles para promover resultados de calidad coste-efectivos.

En España, las primeras experiencias aparecieron alrededor de 1995 en las Comunidades Autónomas de Canarias y Cataluña. El objetivo común es la mejora de la atención domiciliaria, así como garantizar la coordinación y continuación de los cuidados entre los diversos niveles asistenciales sanitarios y sociales.

Experiencia: la enfermera gestora de casos en Andalucía⁵⁹ (España)

Esta Comunidad Autónoma española ha apostado fuertemente por el perfil enfermero como responsable de la gestión de casos. Esta enfermera comunitaria de enlace en la atención domiciliaria, se encuentra adscrita al Área Básica de Salud, y cuya misión es velar para que el paciente/familia alcancen los objetivos terapéuticos previstos en su trayectoria clínica, identificando y movilizand los recursos necesarios, facilitando la intervención de los diferentes profesionales y servicios y coordinando sus actuaciones hacia los mejores resultados. Su papel principal se centra en garantizar una intervención integrada y continua entre profesionales, sectores y niveles asistenciales implicados.

⁵⁸ *Enfermeras gestoras de casos; ¿Esa gran desconocida?*, Mercedes Fraile Bravo, Universidad de Extremadura (2015)

⁵⁹ *Estrategias de mejora de la atención domiciliaria*, Comisión para el desarrollo de la Atención Enfermera en el Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud (2004)

El nivel competencial exigido a las enfermeras gestores de casos es el más alto, ya que la complejidad y variedad de toma de decisiones implica la elaboración de juicios, intervenciones y evaluaciones en las que se requiere un elevado grado de autonomía y responsabilidad.

Para poder ejercer de gestora de casos, las enfermeras comunitarias de enlace de atención domiciliaria en gestión de casos deben superar un curso de formación. Este consiste en un curso de 60 horas dirigido a aquellas enfermeras que acrediten conocimientos sobre enfermería clínica básica sobre pacientes vulnerables, efectividad clínica y conocimientos de continuidad de cuidados.

Las competencias exigidas a la enfermera comunitaria de enlace de atención domiciliaria son las siguientes:

	HABILIDADES
H1	Desarrollo de relaciones interpersonales constructivas
H2	Comunicación escrita y verbal
H3	Negociación y resolución de conflictos
H4	Capacidad de reaccionar ante cambios
H5	Empleo habitual de la evaluación y el análisis crítico
H6	Gestión de riesgos
H7	Gestión de equipos interdisciplinarios
H8	Establecimiento de objetivos comunes
H9	Planificar y organizar de forma efectiva la autonomía del paciente y su familia
H10	Manejo de tecnología para la información y la comunicación
	CONOCIMIENTOS
C1	Recursos de financiación y dispositivos de ayuda en materia sociosanitaria
C2	Servicios y recursos de salud disponibles
C3	Valoración, identificación, manejo y evaluación de respuestas humanas asociadas a situaciones de vulnerabilidad
C4	Valoración integral e instrumentos utilizados en la misma
C5	Estándares clínicos característicos de pacientes vulnerables
C6	Resultados de salud más frecuentes en pacientes vulnerables: clínicos, calidad de vida, económicos, satisfacción
C7	Sistemas de Información en Salud
C8	Sistemas de Clasificación de Pacientes
C9	Taxonomías y Clasificaciones en Salud relacionadas con el cuidado de pacientes y familias vulnerables
C10	Educación para la Salud
C11	Procesos asistenciales: diseño, gestión y evaluación
C12	Instrumentos para la gestión y mejora de la calidad
C13	Tecnologías de comunicación y telecuidados
C14	Metodología de mejora de la efectividad y acceso a fuentes de evidencia
C15	Toma de decisiones compartidas
C16	Gestión de equipos de trabajo

	ACTITUDES
A1	Visión integral de la persona y orientación de la atención centrándola en el paciente y su familia
A2	Respeto del principio de autonomía
A3	Valoración y atención a los valores, principios y creencias de la persona
A4	Facilitación de la comunicación entre el paciente / familia y los profesionales implicados
A5	Colaboración con el resto de miembros del equipo de socio-salud
A6	Provee información para la toma de decisiones informada y ayuda ante conflictos en la misma
A7	Búsqueda del consenso entre miembros del equipo sociosanitario y el paciente/familia
A8	Compromiso con el paciente y su familia / cuidadores
A9	Búsqueda permanente de la calidad y la excelencia en el cuidado
A10	Busca y aplica resultados de investigación relevante a su ejercicio profesional
A11	Orientación a la obtención de resultados de salud

Tabla 3. Competencias exigidas a la enfermera comunitaria en Andalucía.

6. Práctica colaborativa

Como se ha comentado anteriormente, en la mayoría de países europeos, la atención domiciliaria implica la coordinación de los sistemas sanitario y social que tienen diferentes organizaciones. La amplitud de servicios que se ofrecen hace que la atención domiciliaria involucre a una gran variedad de proveedores para dar respuesta a las necesidades clínicas y sociales, así como servicios informales que pueden ser de ámbito privado, en el hogar.

Estos servicios incluyen una combinación de profesionales sanitarios, terapeutas ocupacionales, asistentes de atención domiciliaria, trabajadores sociales, dietistas, trabajadores del hogar, voluntarios y otros.

Para mejorar la atención domiciliaria una de las principales necesidades es la coordinación asistencial, entendida como la interacción entre los diferentes proveedores que desempeñan actividades para atender al paciente: atención primaria social y sanitaria, hospitalaria, servicios sociales.

Los principales problemas que se detectan de la descoordinación de la atención domiciliaria son:

- Sistemas asistenciales compartimentados con diferentes dispositivos que actúan aisladamente sin una perspectiva global.
- Falta de visión transversal de la atención centrada en el paciente y sus problemas.
- Poca colaboración entre los diferentes niveles asistenciales con diferentes programas y equipos que se desconocen entre ellos.
- Sistemas de información poco adaptados a una atención integrada y poco útiles para la toma de decisiones.
- Poca evaluación de los resultados.

Estos son problemas comunes de los sistemas sanitarios y sociales, y que deben marcar las líneas de cambio en muchos entornos, desarrollando estrategias e instrumentos con capacidad para pasar de visiones compartimentadas, basados en líneas de servicios independientes, a visiones continuas e integradoras de la atención centrada en el paciente.

El concepto de coordinación e integración debe desplazar la percepción desde “lo que hacen los servicios o los niveles asistenciales” hacia “lo que se le hace al paciente para mejorar su salud y calidad de vida”. Esto implica la existencia de objetivos comunes de los diferentes dispositivos asistenciales. Si el énfasis continúa centrado en los servicios y no en los pacientes, las posibilidades de funcionar coordinadamente son nulas.

La coordinación puede facilitarse con instrumentos de integración funcional de las actividades de gestión (sistemas de pago, recursos humanos, sistemas de información,

etc.), sin embargo, la integración de las actividades asistenciales solo podrá realizarse en la medida que los profesionales se identifiquen con el servicio, participen activamente en la gestión y planificación y exista un cambio cultural hacia el trabajo en equipo.

La asistencia debe disponer de una organización que defina la distribución de trabajo con asignación de roles y tareas a los diferentes profesionales y niveles asistenciales. Para ello se deben diseñar estrategias, por un lado, para incrementar el conocimiento de los profesionales sobre su entorno y su capacidad resolutoria y, por otro lado, para favorecer la comunicación de las diferentes unidades implicadas.

Algunos mecanismos de coordinación asistencial que se utilizan con frecuencia son:

- Procesos de trabajo compartido: protocolos, guías de práctica clínica, circuitos, planificación de tareas, cuadros de mando, etc.
- Comunicación informal: email, correo, teléfonos, aplicaciones móviles.
- Grupos de trabajo: comisiones, grupos multidisciplinarios, oficinas técnicas.
- Gestores de enlace: gestores de casos, coordinador territorial,
- Sistemas de información: información clínica compartida.
- Formación continua: talleres, sesiones, expertos de referencia.

Experiencia: Canadá

En Canadá existe un modelo de organización de la atención domiciliaria y comunitaria que ayudan a las personas a recibir atención en el hogar, en lugar de en un hospital o centro sociosanitario, y a vivir de la manera más independiente posible en la comunidad⁶⁰.

Los servicios de atención domiciliaria no están asegurados públicamente en la Ley de Salud de Canadá como cartera de servicios básica. En Canadá, la mayoría de los servicios de atención domiciliaria y comunitaria son prestados por las administraciones provinciales, territoriales y algunos municipios.

Una de las provincias de Canadá, Ontario, se organiza con las redes locales de integración de la salud (*Local Health Integration Networks, LHIN*). Existen 14 LHINs, que actúan como agencias para la organización sanitaria de Ontario.

Las LHIN tienen por objetivo principal asignar, coordinar y evaluar la atención domiciliaria pre/post-ingreso hospitalario. Actúan como “gatekeeper” del sistema y coordinan el proceso de alta para asegurar la máxima integración asistencial.

⁶⁰ Government of Canada. Home and community health care <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/home-continuing-care/home-community-care.html>

En este sentido, las LHIN han determinado los estándares máximos de atención que reciben sus pacientes:

- 28 visitas/semana con un máximo de 48 horas de servicio / semanal (7 días)
- 80 horas de “cuidador/a social” durante los primeros 30 días
- 60 horas de “cuidador/a social” por mes en los meses siguientes

Los LHIN descentralizan la atención a entidades privadas sin ánimo de lucro que llevan a cabo la atención domiciliar específica. Una de las Organizaciones de referencia en Ontario es SE Global (la más grande por tamaño), con más de 110 años de experiencia, más de 9000 profesionales y más de 7.6 millones de visitas domiciliarias anuales.

7. Experiencia de la persona atendida y del cuidador

Nos referimos a *experiencia de la persona atendida* como la capacidad para comprender cómo se siente la persona durante el proceso de atención y adaptar los servicios a sus necesidades y preferencias. Para ello se debe tener en cuenta las necesidades, los deseos y las preferencias de las personas atendidas, siendo clave la participación de todos los agentes implicados (familias, cuidadores, profesionales).

Las actividades de atención domiciliaria deben realizarse creando un vínculo con las personas atendidas ya que estas buscan cada vez más un componente emocional, algo que les haga sentir que reciben un servicio de confianza con los profesionales y con respeto hacia sus familias. Existe cada vez más evidencia sobre la necesidad de mejorar la experiencia de la persona atendida para mejorar la satisfacción y los resultados de los servicios, hecho que va a significar trabajar conjuntamente con las personas para la toma de decisiones compartidas⁶¹. La evidencia demuestra que:

- El impacto de la experiencia de la persona atendida mejora la reputación de la organización.
- La experiencia mejora la autorresponsabilidad de los pacientes alrededor de su enfermedad y la habilidad para tomar decisiones por ellos mismos.
- La existencia de una relación entre experiencia y mejores resultados en salud (*outcomes*).
- La relación entre experiencia y reducción de costes.
- La relación entre experiencia y satisfacción positiva de los profesionales.

Conseguir una buena atención, confortable, segura, de confianza, con métodos de escucha activa, con una atención más humanizada, deben ser los valores transformadores de la atención domiciliaria.

El primer paso para implementar la experiencia de la persona atendida tiene que ver con la comprensión y la recogida de datos sobre la opinión de las personas. Hay diferentes modos para conocer las experiencias de las personas atendidas y sus cuidadores: desde cuestionarios o encuesta, la gestión de las reclamaciones, hasta la realización de procesos participativos utilizando técnicas de "*design thinking*" que permitan elaborar capturar sus puntos de vista del proceso.

A partir de una buena medición, se pueden identificar áreas de mejora e intervenciones concretas. En la mayoría de países, la mejora de la experiencia de la persona atendida se está enfocando en establecer instrumentos de medición validados.

⁶¹ NHS. Institute for Innovation and Improvement. The Patient Experiences Book.
<https://www.england.nhs.uk/improvement-hub/wp-content/uploads/sites/44/2017/11/Patient-Experience-Guidance-and-Support.pdf>

El *NHS Patient Experience Framework* en 2012 y el *NHS Quality Board (NQB)* priorizaron la necesidad de involucrar a los pacientes en la toma de decisiones compartidas sobre su tratamiento y atención, sobre la base de la información y la educación adecuadas. Para ello, las organizaciones territoriales del NHS (como los comisionados o las Comisiones clínicas⁶²) y los proveedores deben trabajar conjuntamente para capturar las vivencias de los pacientes a lo largo de los procesos, transiciones y contactos con los diferentes niveles asistenciales, incluyendo el domicilio.

Algunos de los instrumentos elaborados para analizar la experiencia de la persona atendida son:

- ***NICE Quality Standards for Patient Experience in Adult Services***: lanzado en febrero de 2012, este estándar de calidad y la guía clínica que lo acompaña, tienen como objetivo garantizar que los pacientes tengan una excelente experiencia de atención.
- ***Commissioning for Quality and Innovation (CQUIN)***: es un marco nacional para esquemas de mejora de calidad acordados a nivel local, donde los comisionados recompensan a los proveedores por lograr objetivos de mejora de calidad.
- ***Quality and Outcomes Framework (QOF)***: es un programa voluntario anual de incentivos para los médicos de cabecera en Inglaterra, donde la experiencia de la persona atendida es uno de los cuatro ítems analizados y tiene tres indicadores que se relacionan con la duración de las consultas, la experiencia de la persona atendida y el acceso a las visitas (cita previa).
- ***National Patient Survey Programme***: NHS tiene una encuesta nacional sobre la opinión de las personas atendidas que continuamente se va redefiniendo y mejorando.
- ***Patient-Reported Outcome Measures (PROMS)***: Los PROM miden el estado de salud de un paciente o la calidad de vida relacionada con la salud en un determinado momento, y se recopila la información a través de cuestionarios cortos y autoevaluaciones. Estos cuestionarios de PROM se recopilan antes y después de un procedimiento y proporciona una indicación de los resultados o la calidad de la atención prestada a los pacientes. Todos los proveedores de atención financiada por el NHS están recopilando cuestionarios PROM desde el año 2009.
- ***The Friends and Family Test***: La encuesta a amigos y familiares es una adaptación de una herramienta comercial que propone medir la lealtad de los clientes de una empresa basándose en las recomendaciones (*Net Promoter Score*⁶³). Se realiza una pregunta estándar de fidelidad como "¿Qué posibilidades hay de que recomiende nuestra empresa a un amigo o colega?"

⁶² NHS Commissioning. <https://www.england.nhs.uk/commissioning/>

⁶³ Qualtrics. What is Net Promoter Score (NPS)? Definition & Examples.

<https://www.qualtrics.com/experience-management/customer/net-promoter-score/>

Y los encuestados indican esta probabilidad en una escala de calificación de 10 puntos (siendo 10 "altamente probable" y 1 "no" todo probable ').

Experiencia Ontario (Canadá) Ontario Patient Experience Measurement Strategy

Health Quality Ontario, una agencia de calidad de las *Local Health Integrations Network*, ha desarrollado una estrategia para mejorar la experiencia de la persona atendida⁶⁴. Clasifica tres tipos de recomendaciones:

- **Mejorar la medición de experiencia de la persona atendida:** desarrollo de un conjunto común de preguntas básicas que se pueden integrar en todos los entornos existentes y encuestas específicas de enfermedades, mejorar la estandarización y compartir mejores prácticas.
- **Dar apoyo a los servicios de salud para la medición:** creación de un Comité Asesor de Medición de la Experiencia de la persona atendida permanente para supervisar medición, reporte y uso de datos, dotación de recursos y herramientas de medición y crear mecanismos de intercambio de datos para permitir el uso de los datos de la experiencia de la persona atendida en todas las organizaciones.
- **Realizar acciones de mejora de la experiencia de la persona atendida:** establecimiento de estándares provinciales para la experiencia de la persona atendida y dar apoyo al desarrollo de mejores prácticas para mejorar la calidad de la experiencia de la persona atendida.

En cuanto a la atención domiciliaria, es uno de los pocos entornos de atención en los que se ha implementado un encuesta estandarizada, llamada *Client and Caregiver Experience Evaluation survey*⁶⁵. Además, existe un sistema centralizado de recopilación de datos e informes y se han hecho grandes avances en informar públicamente hallazgos de la experiencia de la persona atendida. Cabe destacar que se han incorporado objetivos en los contratos con los proveedores que tienen relación con el uso de esta evaluación de la persona y la publicación de resultados, hecho similar a los objetivos de contraprestación por resultados que se realizan en Cataluña relacionados con el PLAENSA.

Los siguientes pasos que se quieren impulsar en Otario para mejorar la experiencia de la persona atendida en atención domiciliaria son:

⁶⁴ Health Quality Ontario. Ontario Patient Experience Strategy.

<https://hqontario.ca/Portals/0/documents/system-performance/patient-experience-measurement-strategy-1608-en.pdf>

⁶⁵ Change Foundation. A scan of existing and planned surveys of patient/client or caregiver experiences in transitions across care providers in Ontario.

[file:///storageefs/v116Unio\\$/PERFILESCTX\\$/Redireccions/116coliete.ADCLLOUD/Downloads/ExperienceSurveyReview-Tipper.pdf](file:///storageefs/v116Unio$/PERFILESCTX$/Redireccions/116coliete.ADCLLOUD/Downloads/ExperienceSurveyReview-Tipper.pdf)

- Establecer indicadores que impliquen mejoras directamente a los proveedores en la provisión del servicio.
- Mejorar la encuesta de evaluación de la experiencia del cliente y el cuidador desarrollando formas de capturar datos más cercanos al tiempo real.
- Desarrollar la medición de la experiencia de la persona atendida en áreas que requieren colaboración entre diferentes niveles asistenciales, como los cuidados paliativos.

8. Cuidadores informales y soporte familiar y comunitario

Muy frecuentemente, la familia se convierte en el soporte más importante de la persona atendida cuando este necesita atención domiciliaria. Los principales aspectos que relacionan a la familia con la enfermedad que el familiar padece son⁶⁶:

- La enfermedad puede influenciar la función y organización familiar.
- La familia puede influir sobre el curso de la enfermedad.
- La familia es la fuente principal de apoyo social con la que cuenta la persona.

Sin embargo, es importante la detección, el estudio y abordaje de las familias en riesgo o de elevada complejidad, que requieren de enfoques globales de coordinación interprofesional e interinstitucional. Los motivos por los cuales el núcleo familiar se puede ver amenazado pueden ser de diversa índole: tipo de problema de salud, estado cronológico de la enfermedad, importancia de la discapacidad, problemas en la función u organización familiar, problemas socioeconómicos, etc.

El cuidador principal, o cuidadora, es la persona que atiende directamente al enfermo dentro de la propia familia y que, junto al resto de miembros, aportan experiencia, conocimientos y habilidades para la consecución de un objetivo común mediante la planificación conjunta de un plan de cuidados integral.

Por otro lado, son necesarias intervenciones de apoyo a las familias cuidadoras de personas en situación de dependencia presentan necesidades diversas y por lo tanto deben recibir apoyos flexibles para poder desarrollar su labor sin que se vea resentida su vida personal, laboral y social.

Experiencia: País Vasco – Proyecto Etxean Ondo

El proyecto Etxean Ondo⁶⁷ se dirige a construir y aplicar un modelo de atención integral centrado en la persona a quienes por su situación de fragilidad, discapacidad o dependencia precisan de apoyos o de ayudas de otros para seguir viviendo en su hogar y desarrollar su proyecto de vida.

El proyecto financiado por el Gobierno Vasco, tiene entre sus objetivos unos relacionados con el grupo familiar o de cuidados consistente en:

- Dar apoyo (información, formación, asesoramiento, respiro).

⁶⁶ *La atención domiciliaria y la atención familiar en el abordaje de las enfermedades crónicas de los mayores*, L. de la Revilla (Presidente de la Fundación para el Estudio de la Atención a la Familia, Granada) y JM Espinosa (Presidente de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria, Granada), 2003.

⁶⁷ Matia Fundazioa. Proyecto Etxean Ondo http://www.gizartelan.ejgv.euskadi.eus/r45-contss/es/contenidos/informacion/estadisticas_ss/es_estadist/adjuntos/ETXEAN%20ONDO%20CENTRO_S.pdf

- Prevenir o actuar en situaciones de trato inadecuado y maltrato.

El apoyo a las familias cuidadoras de personas que reciben atención domiciliaria es un programa marco incluido en el proyecto Etxean Ondo. Se define como un proceso que precisa de continuidad y debe coordinar el gestor del caso en diferentes fases:

- Valoración** de las necesidades del grupo familiar de convivencia, con diferentes variables como datos y estado del cuidador, situación general del lugar, demandas realizadas, apoyo social, etc.
- información** facilitada a cada familia cuidadora que puede ser un material documental, web y asociaciones o redes de pacientes.
- Asesoramiento** personalizado que puede ser llevado a cabo des del gestor de caos u otros profesionales, y son de tipos variado dependiendo del momento y la situación.
- Formación** dirigida a las familias cuidadoras para dotarles de conocimientos y habilidades que permitan mejorar y adecuar los cuidados. Puede ser presencial grupal, personal en el mismo domicilio y de autoformación, con diferentes sesiones posibles.
- Apoyo psicológico** para reducir el impacto emocional y la sobrecarga, ofreciendo terapia en grupos de apoyo o individuales con derivando a profesionales expertos de la red de salud mental.
- Contacto** y apoyo social para que la persona cuidadora se sienta reconociendo su labor por los demás e intercambia vivencias.
- Servicios para facilitar el **descanso** y el tiempo propio para el cuidador, informando a la familia de los recursos existentes en la comunidad, como, por ejemplo, centros de día, alojamientos temporales en residencias o servicios de voluntariado de acompañamiento en casa.

Experiencia: el Programa d'Atenció Integral Domiciliària (PAID) de Catalunya

(Nota: información pendiente de incorporación. El documento del Modelo de atención integrada social y sanitaria en el entorno domiciliario de Catalunya está en fase de revisión y no hay autorización de reproducir contenidos hasta que no se presente públicamente. Se completará este apartado cuando se haya publicado el documento de referencia)

9. Sistemas de información

Los sistemas de información son una herramienta básica para la atención domiciliar integrada. Es clave, por un lado, para la vertiente de una mayor integración entre niveles asistenciales y sectores y, por otro lado, para poder tener una atención más transparente y disponer de sistemas de evaluación.

Para la interoperabilidad de los datos, se debe recoger los elementos básicos del proceso de atención, así como ser accesibles desde el ámbito social y sanitario. Esto incluye definir una serie de datos mínimos que deben proporcionar los diferentes profesionales y establecer mecanismos jurídicos para poder cumplir con la normativa existente en materia de protección de datos.

De la misma manera que en el ámbito de la salud se ha podido avanzar en la historia clínica compartida entre diferentes proveedores, la atención domiciliar necesita de información compartida sobre la persona atendida para poder adaptar los servicios a sus necesidades, mejorar la calidad, la seguridad y la eficiencia.

Los datos deben ser transformados en conocimiento para el profesional, para identificar en cada caso, si la persona está en riesgo de sufrir ingresos hospitalarios y qué población está en situación de inestabilidad que podría causar pérdida de autonomía. Con una buena identificación de los pacientes y un buen uso de los datos, los profesionales pueden ser conscientes que sus actividades pueden afectar a la seguridad del paciente.

Además, disponer de sistemas de información integradas permite poner en marcha un trabajo colaborativo social y sanitario tanto para la valoración conjunta de la persona, como la definición de un plan de intervención con seguimiento periódico.

Pese a la necesidad de integrar datos sociales y sanitarios y los avances realizados en los últimos años con la implementación de la historia clínica compartida, en la actualidad se desconoce la existencia de experiencias que hayan podido integrar los datos sociales y sanitarios. Las dificultades se deben principalmente a que los servicios de salud y los servicios sociales tienen diferentes sistemas de registro informático en distintos entornos tecnológicos cosa que dificulta técnicamente su integración.

Además, a este hecho se le debe añadir la dificultad normativa, debido a la sensibilidad de los datos personales de los pacientes que deben cumplir unos requisitos legales y de confidencialidad muy estrictos.

Al mismo tiempo, otra dimensión relevante de integración de la información sanitaria y social, es la que hace referencia a los recursos sociales disponibles en “tiempo real” para dar respuesta al proceso post-alta. En este sentido, una de las experiencias de referencia en el NHS es la de Nottinghamshire, donde se ha puesto especial hincapié desde 2017, para que los hospitales de agudos puedan tener visibilidad concreta sobre los recursos

sociales (residencia, SAD, Teleasistencia, etc) disponibles y de este modo, poder activarlos/coordinar su provisión. Dicha acción, entre otras, ha permitido reducir el DTOC (*Days Waiting for a Transfer Of Care* o Días de cama ocupada por no disponer de un recurso social) de manera significativa, reduciendo el coste y aumentando la calidad de los resultados en salud⁶⁸.

Experiencia: Finlandia

En la región de Karelia del Sur, se ha creado una agencia llamada Eksote, que produce servicios de salud, servicios sociales y da cobertura a toda la población, priorizando su actividad a las personas mayores. Con una población de aproximadamente 132.000 habitantes correspondiente a nueve municipios de gran dispersión geográfica, Eksote prioriza la atención domiciliaria para adaptarse a las necesidades de la población y dando prioridad a la autonomía de las personas.

Para construir esta red de servicios integrados, uno de los primeros pasos fue la construcción de un sistema de información compartido entre todos los agentes implicados en el servicio con el objetivo de dar apoyo a los profesionales en la toma de decisiones. Para ello ha sido necesario desarrollar tres instrumentos:

- Una única información sobre el paciente y el usuario.
- Una única información social de paciente.
- Unos indicadores de calidad.

A partir de un consenso entre todos los agentes implicados, se ha desarrollado una plataforma que permite la interoperabilidad de los datos del paciente. Es un factor que tiene un impacto directo en el paciente ya que se pueden realizar intervenciones centradas en la persona, gracias a disponer de información biopsicosocial del paciente, no solamente de su situación de salud sino también sobre cuál es su entorno social.

Para convertirse en una de las pocas regiones del mundo con interoperabilidad de datos sociales y sanitarios, ha sido necesario una gobernabilidad de la atención totalmente integrada, donde se ha abandonado el modelo de diferentes proveedores hacia un modelo organizado en estructuras integradas funcionalmente.

Experiencia: Consorcio de Atención Primaria de Salud Barcelona Esquerra (CAPSBE)

Dos centros de atención primaria de Barcelona, el CAP Comte Borrell i el CAP Casanova, y los Servicios sociales de atención primaria de la zona, ha iniciado en 2018 un proyecto para intercambiar datos sociales y sanitarios. El objetivo principal para los profesionales de salud es acceder a la información de los recursos de los que disponen

⁶⁸ Leadership in integrated care systems (ICSs) Report prepared for the NHS Leadership Academy Disponible en <https://www.rushcliffeccg.nhs.uk/media/5333/9-jcc-19-009-b-appendix-b-nottingham-and-nottinghamshire-ics-ics-mou.pdf>

los servicios sociales, y para los servicios sociales conocer los profesionales de referencia del paciente y cuál es el diagnóstico clínico.

No se trata de una iniciativa para implementar un sistema de información integrado, sino la implementación del consentimiento informado para que los profesionales puedan acceder a la información clínica y a una información básica social, mediante un usuario con acceso las plataformas informáticas. Las dificultades técnicas y normativas para integrar en un solo sistema los datos de los dos sectores, han hecho optar por la alternativa.

Se ha protocolizado a los siguientes casos a los cuales activar el consentimiento informado:

- Pacientes del programa Atención domiciliaria de atención primaria.
- Pacientes identificados como crónicos complejos (PCC) o con enfermedad crónica avanzada.
- Pacientes con servicio de teleasistencia.

El proceso consiste en que el paciente da el consentimiento a los profesionales para que puedan acceder a su información clínica y social. Así, por ejemplo, el trabajador social del centro de salud, antes de realizar una visita en el domicilio puede conocer la situación social del paciente sin la necesidad de realizar una entrevista y contener el tiempo de espera.

El aspecto importante para el éxito del proyecto ha sido definir de manera conjunta los datos que pueden visualizar, es decir, no es necesario tener acceso a todos los datos, sino a aquellos que sean necesarios para la práctica profesional adecuada:

- De la **información clínica**: el nombre de los profesionales de referencia (medico e enfermera de cabecera), los diagnósticos, los índices de complejidad clínica y los informes de la histórica clínica como el plan de medicación o datos de intervención como el informe de alta de una hospitalización.
- De la **información social**: el grado de dependencia o discapacidad reconocidas, los servicios sociales que recibe como las horas de atención domiciliaria, la teleasistencia u otros servicios como comedor social.

El proyecto está en fase de consolidación. Des del inicio se han detectado mejoras sustanciales en la coordinación entre servicios sociales y el equipo de atención primaria, simplemente por el hecho de conocer el profesional referente de cada paciente, además de conocer los recursos activados y pendientes en tiempo real. Para el paciente es una manera de evitar duplicados de solicitudes de pruebas o recursos y adaptar la atención a sus necesidades.

10. Tecnología digital

Existen casos en los que la atención domiciliar se basa en el uso de tecnologías para conectar los usuarios y facilitar la transmisión de información entre sus familiares y su entorno. Esto puede mejorar la prevención, dar más apoyo a los cuidadores y mejorar la productividad y calidad del servicio permitiendo nuevas formas de trabajo.

No obstante, estas tecnologías no pueden olvidar la necesidad de las personas que prestan los servicios. Deben ser entendidas como un apoyo a los profesionales y los pacientes, que van a transformar la manera de trabajar y relacionarse.

Existen diferentes tipos de tecnología aplicada a la atención domiciliar:

- Teleasistencia: apoyo a la vida diaria y autónoma, por ejemplo, detectores de caídas.
- Telemonitorización: mecanismos para el seguimiento de la salud y el bienestar de las personas, por ejemplo, los dispositivos o *wereables* de seguimiento de frecuencia cardiaca.
- Telemedicina: compartir información para la toma de decisiones entre profesionales o entre profesionales y pacientes, por ejemplo, visitas virtuales o teleconferencias.

Apostar por la tecnología para la atención no presencial y la monitorización a distancia de las personas con necesidades de atención en su domicilio es clave para ser más eficiente en la prestación de la atención. En esta dirección, las herramientas de teleasistencia, telemonitorización y telemedicina ofrecen un gran potencial en la provisión de atención integral no presencial, y todas ellas son un gran elemento facilitador de la coordinación y colaboración entre los servicios sociales y sanitarios.

Existe una amplia gama de herramientas que permiten a las personas mantener o mejorar su independencia y seguir viviendo en casa. Las más frecuentes están enfocadas a evitar caídas, promover la independencia y el control personal, ayudar a gestionar riesgos.

Cabe destacar aquellas tecnologías de asistencia conectadas que permiten, sobre todo en personas que viven en entornos rurales y de gran dispersión geográfica, el seguimiento a través de monitoreo remoto cada vez más detallado y la provisión reactiva de atención domiciliar o apoyo clínico. Algunos ejemplos incluyen el uso de dispositivos que rastrean a los usuarios y generan información sobre su actividad en casa, dispositivos para guiar a los usuarios en la realización de tareas esenciales, y el intercambio de información con los cuidadores.

Los motivos por los cuales la introducción de las tecnologías ha ido incrementando últimamente son múltiples, entre los cuales destacan:

- Adecuar y ajustar la atención presencial y no presencial,

- Ofrecer una respuesta adecuada y personalizada,
- Mejorar y mantener la autonomía de la persona, incrementar el autocontrol y el apoderamiento de la persona y su entorno, facilitar el rol de la persona cuidadora, evitar desplazamientos,
- Incrementar la cobertura y necesidad del servicio,
- Mejorar en la seguridad y vigilancia del paciente,
- Promover la atención continuada con una mayor capacidad de respuesta.

Experiencia: Kaiser Telehealth (EEUU)⁶⁹

Los pacientes reciben videollamadas, así como visitas en persona en su propio hogar. El video permite a los pacientes tener acceso a una enfermera las 24 horas del día y tiene dispositivos periféricos que permiten a las enfermeras evaluar el estado cardiopulmonar y las expresiones faciales, e incluye un estetoscopio conectado a una línea telefónica, así como una máquina de presión arterial digital y una lupa para ver de cerca. Según datos de la propia empresa, se reducen las visitas y los gastos de los pacientes sin impactar en la calidad de la atención (medida por el cumplimiento del paciente con la medicación, el conocimiento sobre su condición y la capacidad de autocuidado) o la satisfacción del paciente.

Entre los servicios básicos que se ofrecen, destaca:

- Atención telefónica 7x24
- Detección de situaciones de riesgo o emergencias (la persona no responde, caídas, accidentes en el domicilio...)
- Seguimiento psicosocial proactivo de la persona
- Soporte a la persona cuidadora
- Soporte en la gestión de situaciones catastróficas o de emergencia

⁶⁹ Kaiser Permanente. The value of telehealth in a connected System.

<https://business.kaiserpermanente.org/kp-difference/high-quality-care/telehealth-value-in-connected-system>

11. Productos de soporte y adaptación del hogar

Los productos de soporte en el domicilio, entendidos en su sentido más amplio, conforman uno de los procesos de soporte más relevantes.

En esta línea destacan como elementos clave las prestaciones ortoprotéticas, productos de soporte y servicio de terapia ocupacional en la atención integrada en el domicilio.

Para la prescripción de este tipo de prestaciones, es necesario la introducción de un sistema básico de valoración de un *screening* o cribaje sobre las necesidades de una evaluación en profundidad por parte de los profesionales de terapia ocupacional u otros servicios de rehabilitación.

En función del número de habitantes este servicio de soporte integrado puede tener una organización supramunicipal que integre diversos servicios y productos de soporte.

Para facilitar el acceso a las prestaciones que mejoran la autonomía de las personas, hacer más fácil la tarea de los cuidadores y para integrar la atención en el entorno domiciliario sería muy importante que los profesionales de salud de atención primaria pudieran prescribir determinados productos incluidos en el catálogo, competencia actualmente restringida a los profesionales de la atención especializada.

Valorando el conjunto de recursos disponibles también se considera interesante introducir medidas que promuevan la recuperación y reutilización de determinados productos, favoreciendo la sostenibilidad y eficiencia mediante la configuración de Bancos de productos de soporte.

Por último, también es necesario contemplar iniciativas de adecuación y accesibilidad en el entorno. En este sentido, los llamados domicilios inteligentes permiten realizar actividades cotidianas de manera independiente o con menos esfuerzo y con más seguridad a las personas con dificultades de movilidad o necesidades especiales.

Los domicilios inteligentes sirven tanto para hacer un uso eficiente de la energía como para una mayor comodidad, capacidad funcional y seguridad de la casa.

Experiencia: Servicio de productos de soporte y terapia ocupacional en Osona, el Ripollès y la Garrotxa (Catalunya)⁷⁰

El proyecto de estas tres comarcas limítrofes de Catalunya tiene como objetivo mejorar la autonomía, la cura y la accesibilidad de las personas en su domicilio y prevenir futuras situaciones derivadas de la discapacidad o envejecimiento.

Las entidades que participan son el Consejo Comarcal de Osona, el Consorcio de Acción Social de la Garrotxa y el Consorcio de Bienestar Social del Ripollès. Además, cuentan con el apoyo del Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias de la Generalidad de Catalunya. La idea se ha llevado a cabo gracias a la colaboración y coordinación de todas las entidades.

Este servicio no es del todo nuevo, sino que nace a partir de experiencias ya preexistentes como el Banco de Ayudas Técnicas de Osona, que funciona desde el año 2006, o el servicio de alquiler de material de soporte a personas usuarias del servicio de ayuda a domicilio del Ripollès. En el caso de la Garrotxa no existía un servicio concreto, sino que se utilizaba el servicio de terapia ocupacional del Consorcio de Acción y los productos de soporte de la Cruz Roja.

Las motivaciones que impulsaron la creación de este servicio fueron las dificultades que tienen las instituciones para gestionar estos servicios y las necesidades por parte de las comarcas de disponer de un banco de ayudas técnicas para los ciudadanos adaptados a sus necesidades reales.

El servicio de productos de soporte consta de dos partes:

1. Valoración de las necesidades de cada persona en concreto, lo que determina la necesidad de intervención. Esta valoración va a cargo de los terapeutas ocupacionales.
2. Procedimientos logísticos, lo que permite el acceso a los productos de soporte al domicilio. Este modelo permite, por un lado, un marco de acceso a los productos y, por otro, desarrollar una clara vocación de colaboración social y sanitaria.

El modelo pretende dar una respuesta integral a las necesidades de las personas teniendo en cuenta las necesidades familiares y sociales de la manera más eficaz y eficiente, compartiendo las capacidades de gestión de las tres comarcas.

Este modelo tiene que permitir un marco de acceso a los productos de soporte, no como un simple recurso, sino como el resultado de un plan de trabajo, donde prevalezca la valoración de un profesional, una intervención de seguimiento constante, reevaluando cuando sea necesario y desarrollar una clara vocación de colaboración social y sanitaria.

⁷⁰ *Nuevo Servicio de productos de soporte y terapia ocupacional en Osona, el Ripollès y la Garrotxa, Consell Comarcal de la Garrotxa (Mayo, 2017)*

12. Marco evaluativo

La evaluación es un elemento clave e imprescindible para aquellas organizaciones que pretenden transformar sus sistemas de trabajo para contribuir a la estrategia del cambio que se pretende conseguir. Evaluar es un procedimiento necesario para poder establecer los cambios requeridos para garantizar un proceso de éxito.

En este contexto, la evaluación y mejora de la calidad se entiende como el establecimiento de la práctica más adecuada en cada momento considerando: los conocimientos actuales, la visión experta de los profesionales y la percepción y experiencia de las personas usuarias y familiares, compararse con otros modelos también llevados a la práctica, identificar problemas y sus motivos, aplicar los cambios necesarios para incidir en sus causas y, finalmente, cerciorarse de que los cambios llevados a cabo son efectivos.

Incorporar la visión de los profesionales, organizaciones, pacientes y usuarios para el diseño del modelo de evaluación es importante para generar consenso entre todas las partes y dar validez y credibilidad al modelo.

Algunos aspectos de enfoque general que se deben tener en cuenta para el diseño de un sistema de evaluación de un programa de atención domiciliaria son los siguientes:

- a. Mejorar los resultados en salud y bienestar
- b. Adecuación de la utilización de los servicios
- c. Buena experiencia de atención de la persona y su entorno cuidador
- d. Buena experiencia de los profesionales sanitarios y de servicios sociales

Para mejorar la atención domiciliaria integral, se debe llegar a un consenso para establecer un marco evaluativo que contenga dos tipos de indicadores:

- a. **Indicadores de calidad de los equipos de atención domiciliaria:**
 - Asistenciales: número de visitas, tiempo de espera, valoración del riesgo, grado de movilidad, tasa de ingresos hospitalarios, etc.
 - Relacionales: opinión de los usuarios, satisfacción.
 - Apoyo de la familia: entorno familiar disponible, ayuda a l entorno
 - Gestión de la calidad: continuidad de la atención, seguridad, descompensaciones, uso racional del medicamento.
- b. **Indicadores de evaluación de la gestión colaborativa:** los equipos que intervienen en el domicilio deben tener en cuenta un seguido de indicadores para evaluar su grado de integración.

Referente al segundo punto, existe una escasez de literatura y herramientas de medición que aborden el desempeño del equipo colaborativo interprofesional y los procesos de trabajo en equipo y los roles de los usuarios dentro de los equipos

colaborativos. Estas brechas limitan el conocimiento sobre cómo se forman y funcionan los equipos de atención domiciliaria.

Experiencia: Canadá

Uno de los pocos instrumentos existentes para medir la colaboración entre profesionales es la Escala de Evaluación de Colaboración del Equipo Interprofesional (*Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale*)⁷¹. El cuestionario cuenta con tres tipos de preguntas⁷²:

- a. La **coordinación**, evaluada como capacidad de trabajar juntos y acceder a los equipos, recursos humanos, información y tecnología necesarios para cumplir sus objetivos.
- b. La **cooperación**, cuando existe la capacidad de transmitir habilidades y conocimiento de cada persona para lograr un mayor nivel de resultados.
- c. Las **colaboraciones** (*partnership* en inglés) entendida cuando los miembros del equipo, incluidos los usuarios/pacientes y los miembros relevantes de la familia, trabajan juntos para planificar, implementar y evaluar las actividades de educación y capacitación y sus resultados.

Experiencia: el sistema de evaluación del Programa de Atención Integral Domiciliaria (PAID) (Cataluña, España)

(Nota: información pendiente de incorporación. El documento del Modelo de atención integrada social y sanitaria en el entorno domiciliario de Catalunya está en fase de revisión y no hay autorización de reproducir contenidos hasta que no se presente públicamente. Se completará este apartado cuando se haya publicado el documento de referencia)

⁷¹ Orchard CA, King GA, Khalili H, Bezzina MB. Assessment of Interprofessional team collaboration scale (AITCS): development and testing of the instrument. *J Contin Educ Heal Prof.* 2012;32(1):58–67.

⁷² Cuestionario Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS). Orchard 2015. Disponible en <http://swostroke.ca/wp-content/uploads/2015/12/AITCS-May-09.pdf>

5. Conclusiones

El éxito de los sistemas sanitarios y sociales de los países desarrollados ha aumentado la esperanza de vida de manera relevante. Esto representa, además de una buena noticia, un reto significativo para adaptarse a las nuevas necesidades de la población más envejecida y con mayores necesidades.

Como se ha podido observar en este estudio, la atención domiciliaria es una modalidad asistencial que ha evolucionado en los últimos años pero que necesita de una profunda transformación para seguir avanzando. Este documento aporta un marco de referencia sobre los modelos existentes de atención domiciliaria sanitaria y social en el contexto de las Comunidades Autónomas y de las experiencias internacionales más relevantes, entre las que destacan países como Finlandia, Holanda, Canadá e Inglaterra.

En análisis de como la atención domiciliaria está presente en las políticas sanitarias y sociales de las distintas Comunidades Autónomas del Estado español, a partir de la revisión de los planes de salud, planes estratégicos de servicios sociales y planes sectoriales, muestra como la idea de proximidad de la atención y acercamiento al domicilio en general está bastante introducida, pero en la mayoría de los casos no se traduce en la fijación de objetivos explícitos y metas a alcanzar. A su vez, el enfoque de atención domiciliaria integrada social y sanitaria está poco desarrollado. En el caso de Catalunya, está en fase de revisión el Modelo de atención integrada social y sanitaria en el entorno domiciliario que hace un planteamiento de transformación muy importante, con una formulación del modelo realmente ambicioso pero que deberá encontrar su encaje en las transformaciones de sistema y prioridades de las políticas en un contexto de insuficiencia de recursos financieros.

Las experiencias más innovadoras han impulsado una atención domiciliaria dentro del marco de la atención centrada en la persona, definida como aquella que tiene como objetivo respetar las necesidades y preferencias de las personas haciéndolas participar por igual en la planificación, desarrollo y evaluación de los procesos de atención.

Ciertamente, se ha observado una gran variabilidad de estrategias, pero todas ellas presentan un denominador común: la necesidad de integrar los servicios sanitarios y sociales que interactúan en el domicilio de la persona. No obstante, pese a que es un tema que aparece en la mayoría de estrategias, el desarrollo de la atención domiciliaria se ha realizado con una baja planificación y ordenación por parte de los Gobiernos, limitando así la integración de los servicios sociales y sanitarios, y con la necesidad de disponer de instrumentos clave para su implementación. Esto hace evidente, que en la actualidad la mayoría de experiencias integradoras se localicen en niveles geográficos muy locales y que se encuentren en fases de implantación inicial.

Uno de los mayores aportes del estudio ha sido identificar una serie de elementos de referencia que pueden extraerse de los casos analizados y que pueden ser comunes para el desarrollo de la atención domiciliaria integrada, desde la perspectiva de los modelos y de las dinámicas de transformación en la provisión de servicios.

Elementos de referencia en la definición de modelos

1. Gobernanza compartida:

La atención domiciliaria debe realizarse mediante acuerdos y respaldos institucionales que hagan posible una visión biopsicosocial de las necesidades de la persona. Estos acuerdos deben implicar financiadores, proveedores y profesionales que faciliten establecer las responsabilidades y las reglas de juego para cada uno de ellos.

En este sentido, debe haber una gobernanza compartida des de tres dimensiones:

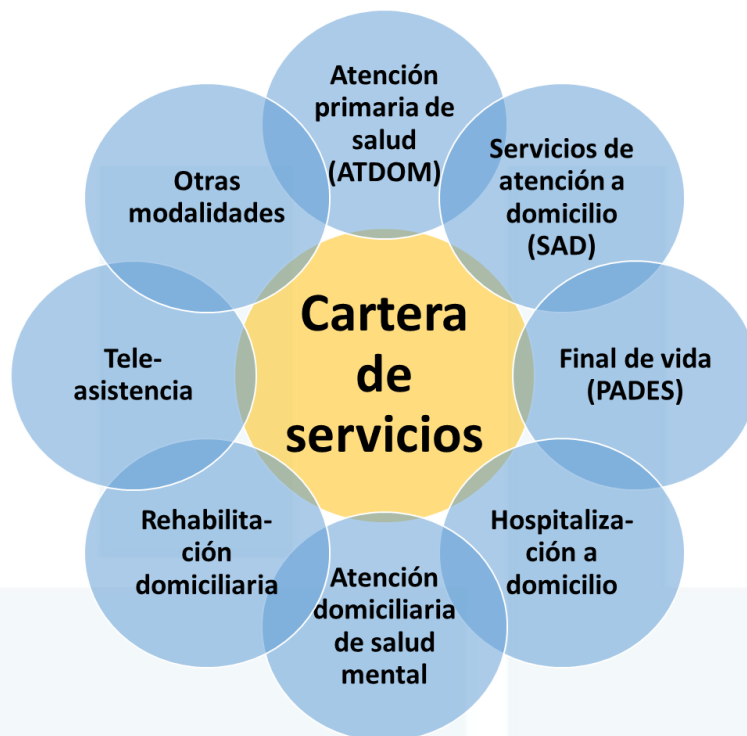
- Entre el sector social y sanitario.
- Entre la administración local y sus proveedores más cercanos.
- Entre proveedores del sector público y privado.

La gobernanza compartida permite buscar un equilibrio entre el nivel marco que se asegure que se optimizan las actuaciones y recursos y se comparte conocimiento y el nivel de gestión manteniendo la autonomía de las entidades y profesionales para dar una respuesta equitativa y de proximidad a toda la población.

Existen experiencias de éxito de colaboración público-privada, donde la Administración se enfoca a definir el modelo de atención y establecer unos niveles de calidad, pero encarga la provisión de los servicios a entidades más preparadas para adaptarse a la demanda y buscar la manera más eficiente de dar los servicios con los niveles de calidad y resultados esperados.

2. Cartera de servicios:

La atención domiciliaria alcanza una amplia modalidad de servicios con distinto grado de madurez y diferentes dinámicas de coordinación según cada realidad, pero que son la base del objetivo de avanzar hacia una atención más integrada.



3. Organización de equipos:

Una de las peculiaridades actuales de la atención domiciliaria es su fragmentación y descoordinación entre los diferentes agentes implicados, del ámbito de social y sanitarios, cosa que impacta negativamente en la calidad del servicio. Las dificultades de coordinación entre los diferentes niveles asistenciales y perfiles profesionales coexistentes en el domicilio hacen necesario de una organización cercana a la ciudadanía con agentes que se conozcan e interactúen entre ellos.

4. Incorporación de la experiencia de la persona atendida:

La atención domiciliaria debe tener en cuenta las necesidades de la persona, su entorno familiar y basada en las preferencias de la persona ya que representa entrar en el espacio privado y personal de una persona y debe generarse un ambiente de confianza entre todas las personas implicadas.

5. Financiación:

Para dar respuesta al incremento de demanda que se espera también en la atención domiciliaria, será necesario destinar más recursos y de una forma diferente, más compartida e integrada de los diferentes agentes involucrados en la atención a domicilio. Existen experiencias de presupuestos conjuntos que han permitido avanzar en la prestación de servicios asistenciales realmente integrados y adaptados a las necesidades de las personas y oportunidades de colaboración entre equipos.

Por otra parte, la decisión política sobre la contribución de la persona usuaria, si es el caso, debe ir acompañada de medidas para garantizar la equidad en el acceso.

6. Marco evaluativo:

Para mejorar la atención domiciliaria integrada es necesario disponer de un marco evaluativo que contenga tanto indicadores de cobertura y resultados, como de la calidad de los servicios prestados por los equipos de atención domiciliaria como indicadores de la gestión colaborativa.

Recomendaciones para la transformación de la atención domiciliaria

Desde la perspectiva de las dinámicas de transformación para avanzar en la atención domiciliaria, gracias a este estudio hemos podido identificar una serie de acciones que podemos señalar como recomendaciones:

1. Liderazgo institucional:

- Apoyo político para priorizar un modelo de atención domiciliaria integral cercano a las necesidades de las personas.
- Coordinación entre ministerios/departamentos social y salud para alinear políticas en la misma dirección.
- Descentralización territorial de las competencias a nivel municipal.
- Asignación de recursos propios y compartidos entre los dos sectores.
- Flexibilidad de modelos organizativos.
- Equidad de los niveles de madurez de las diferentes modalidades de atención domiciliaria (ATDOM, SAD, HAD, PADES, Salud Mental, Tele asistencia).

2. Trabajo interdisciplinario y organización funcional de equipos:

- Pasar de una atención donde intervienen diferentes perfiles de profesionales (multiprofesionalidad), hacia una atención basada en el trabajo en equipo con responsabilidades y compromisos compartidos (interdisciplinariedad).
- Nuevos roles y perfiles profesionales, como las enfermeras de casos, las trabajadoras sociales o la terapia ocupacional.
- Organización funcional con personas referentes o coordinadas y con mecanismos de comunicación entre profesionales.
- Objetivos compartidos e indicadores de evaluación sobre el trabajo en equipo.

- Formación continuada para que los profesionales puedan adquirir habilidades y conocimientos acordes a las nuevas demandas y formas de trabajar.

3. Orientación preventiva y comunitaria, y apoyo al entorno cuidador y de convivencia:

- Pasar de una atención domiciliaria enfocada a la enfermedad o a la discapacidad, hacia una atención preventiva, de promoción de hábitos saludables y de mejora la calidad de vida.
- Participación del sector comunitario y del voluntariado.
- Dar apoyo y cuidado también a los cuidadores informales con tiempo y reconocimiento.
- Incorporación de productos y servicios de apoyo para hacer más funcional y adaptado el domicilio a cada persona.

4. Transformación digital, monitorización y evaluación:

- Tecnología entendida como habilitadora de nuevas formas de atención no presencial y de mayor accesibilidad, no únicamente como solución.
- Nuevas tecnologías que aporten sensores de monitoreo para anticiparse a futuros riesgos.
- Tecnología como una herramienta para la comunicación entre los miembros del equipo de trabajo y para organizarse y coordinarse.
- Sistemas de comunicación con acceso por parte de todos los profesionales de datos clínicos y sociales previamente consensuados.
- Marco evaluativo con indicadores consensuados de calidad y colaboración.