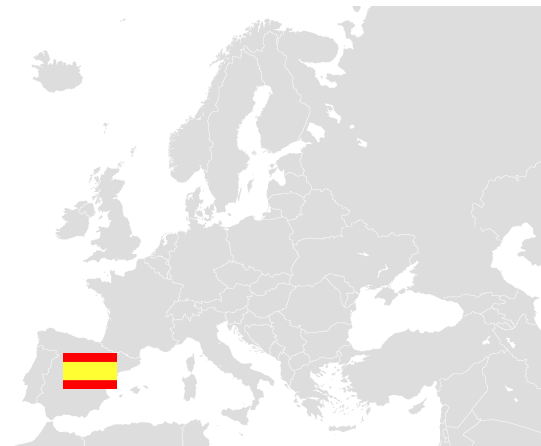




517927-LLP-2011-IT-LEONARDO-LMP

La Asistencia Sanitaria Domiciliaria y Hospitalaria

El Caso Español





517927-LLP-2011-IT-LEONARDO-LMP

The Health Assistance in Hospital and at Home

The Spanish Situation

CECE

Madrid, Spain

departamento.europa@cece.es

Resumen

En las líneas subsiguientes se describen las principales características del servicio domiciliario de atención a la salud que se proporciona en España. Es relevante comprender la existencia de pocos datos agregados disponibles en España, en este sentido debido a las características y desarrollo del sistema sanitario. Ello implica que no existe información global aunque sí existen datos, procedentes de estudios concretos, a nivel local. Pero aún en este nivel es complicado conseguirlos. El sistema sanitario comprende 17 subsistemas englobados en un marco común proporcionado por la ley Estatal.



Lifelong
Learning
Programme

This project has been funded with support from the European Commission. This publication reflects the views only of the author, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



517927-LLP-2011-IT-LEONARDO-LMP

1. Introducción

1.1 Sistema Nacional de Salud.

El Sistema Nacional de Salud español es complejo y tiene sus raíces en la Constitución Española de 1978 que reconoce el Derecho de todos los españoles a la protección de la salud. Más allá de ello el artículo 43 de la Constitución establece que “es competencia de los poderes públicos organizar y ser responsables de la salud pública a través de medidas preventivas y la organización de los servicios oportunos” La ley de 1986 General de Sanidad estableció como principio del sistema sanitario el principio de descentralización y, sobre la base de un Estado descentralizado, establecía la existencia de 17 subsistemas sanitarios que trabajarían juntos, como el resto de los subsistemas del Estado de Bienestar, en un marco cooperativo. En 2002 el proceso de transferencia de las Competencias en materia sanitaria a las Comunidades Autónomas quedó completado y, en la actualidad, España cuenta con 17 subsistemas sanitarios, cada uno de los cuales tiene su desarrollo legal específico, y un marco sanitario general marcado por la Ley General de Sanidad. El Sistema Nacional de Salud está basado en la equidad y en el hecho de que todos los españoles cuentan con el mismo derecho a la salud con independencia de su situación laboral o personal. Este servicio estatal está, por tanto destinado a mantener la igualdad en materia de asistencia sanitaria por encima de las desigualdades que pudieran derivarse de la existencia de un Sistema compuesto por múltiples subsistemas sobre los cuales las Comunidades Autónomas tienen competencias tanto de carácter ejecutivo como de carácter legislativo. Los Principios del Sistema Nacional de Salud español son los siguientes.

- **Universalidad de Atención:** La provisión de servicios sanitarios cubren, de facto, a la totalidad de la población española con independencia de su situación laboral. Los servicios sanitarios también cubren a los extranjeros que tengan residencia en España siempre que estén registrados en el padrón municipal de sus localidades de residencia. La atención es universal gracias a un sistema de financiación mixto que se compone de cotizaciones sociales e impuestos.
- **Desconcentración:** Sobre la premisa de que es necesario acercarse a la población objetivo del servicio y evitar proporcionarlo de modo concentrado en núcleos urbanos de población.
- **Descentralización:** Supone implicar a los gobiernos de las Comunidades Autónomas en la provisión de servicios de salud. De hecho, en la actualidad, en España son los principales proveedores de servicios sanitarios.
- El Sistema articula diferentes niveles organizativos y de provisión de servicios sanitarios. Con respecto a la organización territorial de los servicios públicos de salud en España:
- **Ministerio de Sanidad:** Este tiene como objetivo en el área de la sanidad el establecimiento del marco general, para lo que el estado cuenta con competencias legislativas, y políticas globales dentro de su ámbito de competencia para el conjunto de Sistema Nacional de Salud Español.
- **Comunidades Autónomas:** Las Comunidades Autónomas cuentan también con competencias legales con respecto a la organización de sus respectivos subsistemas sanitarios, que nunca deben contravenir lo que se dicte desde el Ministerio de Sanidad. Cuentan también con la posibilidad de tomar decisiones sobre el nivel y las prioridades del gasto sanitario así como del sistema de gestión a adoptar en cada caso. Pero no pueden rechazar atender a ninguna persona que necesite de asistencia sanitaria. De acuerdo con la Ley General de Sanidad, y con el principio de desconcentración, los servicios sanitarios se organizan, a lo largo de todo el territorio español, en áreas de salud y zonas básicas de salud que se integran en las primeras. La Comunidades Autónomas son responsables de la definición de los límites territoriales y poblacionales de ambas, áreas y zonas básicas de salud. Dichos límites son establecidos de acuerdo con criterios geográficos, sociales, infraestructurales y de proximidad junto con criterios de carácter demográfico (las áreas de





517927-LLP-2011-IT-LEONARDO-LMP

salud comprenden entre 200.000 y 250.000 personas mientras las zonas básicas de salud suponen una población de entre 5.000 y 25.000 personas).

- En relación con la organización del Sistema Sanitario español se diferencian dos niveles asistenciales:
- Atención primaria: Es el primer nivel de atención y la puerta de entrada del sistema. Su objetivo es atender los problemas de salud más comunes de la población, desarrollar la mayor parte de las acciones preventivas y filtrar y derivar los casos al siguiente nivel de atención, la atención especializada. Este nivel es el más próximo al ciudadano siendo el más accesible llegando a la provisión de atención en el domicilio del paciente, bien en concepto de atención urgente, programada o a demanda. La pieza básica de este sistema es el "Médico de Familia".
- Atención Especializada: Se trata del Segundo nivel de atención del sistema .Es accesible desde el nivel de la atención primaria o a través de las puertas de urgencias. Este nivel cuenta con métodos y técnicas diagnósticas y de atención mucho más especializadas y complejas. La atención especializada se proporciona en el ámbito de la atención hospitalaria. Para proporcionar esta atención existe al menos un Hospital de Referencia por cada Área de Salud.

Ambos niveles, atención primaria y especializada, están coordinados con la intención de proporcionar una atención sanitaria integral y realizar un uso más eficiente de los Recursos del Sistema Sanitario.

1.2 Sistema Español de Asistencia Sanitaria en el Domicilio

El Sistema Nacional de Salud Español incluye, dentro del marco de la atención primaria, la conocida como "Asistencia Domiciliaria". Este tipo de acción se desarrolla por parte de los "Médicos de Familia" y las enfermeras de la Zona Básica de Salud y en ella se incluyen la atención proporcionada de modo telefónico o con el soporte de las conocidas como tecnologías de la Información y la Comunicación, así como la atención prestada en el propio domicilio del paciente que no puede desplazarse al Centro de Salud. Tanto los Médicos de Familia como las Enfermeras de la Zona básica de Salud son responsables de este tipo de atención sanitaria pero son los profesionales de enfermería los más involucrados en este tipo de cuidados sanitarios a domicilio. La Ley General de Sanidad de 1986 establece como una de las bases de la reforma sanitaria que en su momento lleva a cabo la Visita Sanitaria Domiciliaria. Esta Ley considera que este tipo de atención sanitaria a domicilio no solo tiene que tener una función de cuidado y curación del paciente sino que también cuenta con una dimensión preventiva de primer orden, debiendo ser una atención integral que incluya a la familia y cuidador principal del paciente. Este tipo de atención, encuadrada en la esfera de la atención primaria, cuenta con los siguientes objetivos: Investigación (sobre la salud general de la población y los pacientes); Asistencia a las diversas necesidades sanitarias de la población; Educación Sanitaria; Y una mezcla de los tres anteriores. Es, por tanto, el objeto de éste tipo de atención no sólo la asistencia sanitaria a los pacientes sino también la atención integral a la salud (que incluye desde la prevención hasta los cuidados paliativos) del conjunto de la población. Para que este tipo de atención se desarrolle de forma correcta y eficaz debe llevarse un registro de actividades a fin de conocer qué medidas son adoptadas y con qué objeto. Más allá de este hecho, de carácter organizativo, la atención domiciliaria debe desarrollarse conforme a los siguientes principios: Universalidad (en tanto cada persona con derecho a atención sanitaria tiene también derecho a este tipo de atención); Descentralización (sobre la base de las diferentes demarcaciones territoriales y administrativas del Sistema Sanitario); Participación de los pacientes en la definición de las acciones; Racionalización (en el sentido del uso apropiado de los recursos apropiados para caso); y Normalización (en el sentido de no aislamiento de los pacientes sino provisión de la atención en el entorno más normal posible). Más allá del enfoque estrictamente sanitario hay un enfoque socio-sanitario, también establecido por la Ley General de Sanidad de 1986, y que ha subrayado la Ley de Atención a la Dependencia y Promoción de la Autonomía Personal de 2006. Ésta ley proporciona un enfoque que define la dependencia



Lifelong
Learning
Programme

This project has been funded with support from the European Commission. This publication reflects the views only of the author, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



517927-LLP-2011-IT-LEONARDO-LMP

como una realidad conformada por elementos sanitarios y sociales, y considera que esta realidad está relacionada con las limitaciones en la participación, de algunos colectivos, provocadas tanto por el entorno social como por limitaciones o deficiencias en las funciones o estructuras corporales. Este enfoque sigue, en esencia, lo establecido en la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Organización Mundial de la Salud. Múltiples cuestiones hicieron necesario promulgar esta ley en un país en el que el envejecimiento de la población es un problema mayor que en ningún otro del mundo. Las personas Dependientes son aquellas que necesitan del concurso de terceras personas para desarrollar una o varias actividades de la vida diaria (cómo asearse, moverse o cuidar de su domicilio) una o varias veces al día. La coordinación entre los servicios sociales y la atención sanitaria domiciliaria (sea ésta una atención proporcionada por los servicios hospitalarios especializados o por los servicios de atención primaria) es esencial para proporcionar una atención integral que mejore la situación de los pacientes desde una perspectiva general. Por ello, en este área, los servicios sociales tienen la función de facilitar a los pacientes el acceso a los servicios y recursos estatales disponibles que necesiten, en la cantidad y calidad necesaria. De este modo los servicios sociales pueden ayudar a mejorar la situación social y personal de los pacientes lo que redundará también en su situación sanitaria. Estas acciones deben ser desarrolladas conforme a los principios establecidos en la Constitución de 1978 y la Ley General de Sanidad. A saber: Universalidad; Racionalidad del Gasto Público (teniendo también en cuenta la relación coste-beneficio, y el beneficio no únicamente en términos económicos); Accesibilidad (en tanto la población debe contar con acceso a este tipo de servicios) y; Acción Descentralizada (para una atención más apropiada en el territorio). La Ley General de Sanidad pone también en foco en los pacientes crónicos y en discapacitados considerándoles como sujetos de una acción sanitaria integrada que debe incluir ambos tipos de servicios (sociales y sanitarios). En este sentido, los servicios sociales, tal cual se configura el Sistema de Atención a la Dependencia, son proporcionados por una amplia panoplia de organizaciones públicas y privadas que atienden, muchas veces en el ámbito socio-sanitario, a las personas dependientes. Finalmente se puede hablar, siguiendo con la atención sanitaria a domicilio, de la existencia de dos grandes programas de atención a nivel nacional en España. El programa de atención al paciente inmovilizado, que proporciona a aquellas personas que no pueden desplazarse al centro de salud de atención primaria para ser atendido porque su situación médica se lo impide. Y el programa de Pacientes Terminales que proporciona atención sanitaria (que no incluye cuidado paliativo ya que este es un programa incluido en la atención especializada) domiciliaria a las personas que se encuentran en una situación de enfermedad terminal y a sus familias durante los últimos momentos de la vida del paciente. Éstos dos programas forman parte de la atención primaria dentro de lo que se conoce como cartera de servicios de atención primaria que tiene carácter de básica y debe ser provista a lo largo de todo el territorio español. No obstante las Comunidades Autónomas pueden organizar y proporcionar otros servicios de atención sanitaria domiciliaria (en atención primaria o atención especializada). Muchos de esos servicios organizados por las Comunidades Autónomas tienen carácter de atención especializada como los que se organizan para la atención domiciliaria de enfermedades específicas como VIH o EPOC y, por lo tanto pueden variar a lo largo del territorio.



Lifelong
Learning
Programme

This project has been funded with support from the European Commission. This publication reflects the views only of the author, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



517927-LLP-2011-IT-LEONARDO-LMP

2. Principales Tendencias Nacionales

Actualmente en España existen varias fórmulas de provisión de servicios sanitarios domiciliarios, públicas y privadas, aún cuando estas últimas son testimoniales. Hablando pues del sector público, la Ley General de Sanidad de 1986 dio paso a un Real Decreto que estableció la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud (R.D. 1030/2006 de 15 de septiembre). En este Real Decreto se consignan una serie de servicios comunes a todos los sub-sistemas sanitarios de las Comunidades Autónomas. Entre estos servicios puede encontrarse en el área de la atención primaria “la Asistencia Sanitaria a petición del paciente, programada o urgente, en la consulta o en el domicilio del paciente”. Dentro del Sistema Sanitario español también se contempla la denominada Hospitalización Domiciliaria para aquellos casos en que se considere oportuna. Este tipo de atención forma parte de la atención especializada y por lo tanto depende de las Comunidades Autónomas e, incluso, de los servicios hospitalarios de cada Área de Salud. No es, por lo tanto, una atención homogénea, como se verá más adelante, en todo el territorio. Hoy, no obstante y como también se ha apuntado ya, uno de los principales problemas a afrontar por el Sistema Nacional de Salud es el problema de la coordinación y atención socio-sanitaria. El reto se plantea, de forma acuciante, como consecuencia del envejecimiento, in crescendo, de la población española. Muchos autores han subrayado la necesidad de integrar ambos tipos de atención con el fin de lograr una atención integral de las necesidades del paciente (sobre la base de un enfoque socio-sanitario integral). Este tipo de coordinación también lograría un uso más eficiente de los recursos públicos a través de la eliminación de las duplicidades que en ocasiones se producen. Se estima que en España hay más de 20.000.000 de pacientes crónicos. Estos pacientes suponen la mayor parte de la demanda del Sistema Sanitario. En la actualidad este tipo de enfermedades ocupan el 80% de las horas empleadas en atención primaria y el 60% de las de atención especializada. En términos económicos se piensa que a ellas se dedica el 70% del Gasto Sanitario total en España y el 6,7% del Producto Interior Bruto. La atención domiciliaria, por su parte, se estima puesto que como se ha señalado faltan datos, supondría un 40% de la atención primaria. Una parte muy importante de esos enfermos crónicos son considerados Dependientes (en torno a unas 4.000.000 personas). Ello supone que no son capaces de realizar las denominadas actividades de la vida diaria (como hacerse cargo de su propia higiene, vestirse o realizar las actividades que permiten a los individuos vivir autónomamente) y necesitan la ayuda de una tercera persona para desarrollarlas. De todos ellos en torno a 3.874.900 viven en su propia casa y sólo unos 300.000 están institucionalizados. Si tenemos en cuenta la gente que vive en su propia casa, 2.088.200 reciben algún tipo de ayuda externa, siendo en España prevalente la ayuda proporcionada por familia y parientes (1.413.000 cuentan con cuidadores informales mientras el resto contaban con cuidadores formales y profesionales. Aquí se muestra el Estado de Bienestar de tipo Mediterráneo en el que el cuidado es desarrollado eminentemente en el entorno familiar por cuidadores de tipo informal. Entendiéndose cuidado informal el prestado dentro de la red social-familiar del paciente y de un modo completamente altruista (si ningún tipo de organización intermediaria ni remuneración alguna). El cuidado formal, por su parte, es el prestado por los servicios públicos o aquel adquirido en el mercado por las familias. Se estima que en España el 88% del cuidado sanitario se presta por cuidadores informales. En la actualidad, una de las realidades del sistema español, liderada por la Ley de Atención a la Dependencia y Promoción de la Autonomía Personal de 2006 es la configuración de un Sistema de Atención a la Dependencia. La Ley diferencia entre grados de dependencia y garantiza distintos tipos de servicios asistenciales en relación con la limitación de la autonomía que cada uno de ellos sufre. Para muchos autores esta ley sienta las bases para la creación de un sistema de servicios sociales mínimos homogéneos para todo el país que permita, en cierto grado, superar las diferencias existentes hasta ahora como consecuencia de que los Servicios Sociales son considerados por la Constitución de 1978 una competencia autonómica. Cada Comunidad Autónoma ha regulado su sistema y ha articulado las ayudas que ha considerado oportunas. Hoy, gracias a esta ley hay un marco común para la asistencia social a la dependencia en España. Pero aún pueden persistir diferencias entre las 17 Comunidades Autónomas debido a que la Ley marca únicamente mínimos y por otro lado no cubre todos los posibles servicios sociales sólo la





517927-LLP-2011-IT-LEONARDO-LMP

Atención a la Dependencia y la promoción de la Autonomía Personal. De ahí que, como consecuencia de la Ley de Atención a la Dependencia y la Ley General de Sanidad, una de las principales preocupaciones en cuanto a los servicios sanitarios domiciliarios sea el desarrollo de un marco de atención socio-sanitaria. Sólo así se logrará la atención integral de estas personas cuya principal atención se produce en el ámbito del hogar. Esta atención ha de tener en cuenta el entorno social y las condiciones de vida de la persona Dependiente así como sus circunstancias sanitarias y sus expectativas vitales en todo momento. Los principales usuarios de tales servicios formarían un grupo heterogéneo pero, dentro del mismo, el subgrupo más numeroso es el formado por personas mayores que padecen, en su mayoría, pluripatologías y, como consecuencia, un deterioro funcional que les produce un déficit de autonomía, o personas que padecen alguna enfermedad terminal que necesitan atención durante los últimos momentos de su vida o cuidados paliativos. La prevalencia estimada de personas que necesitan estos tipos de atenciones es de un 14% entre los mayores de 65 años. En estos casos los esfuerzos deben ir orientados a la satisfacción de las necesidades de cuidados de los pacientes y a educar y apoyar a sus cuidadores principales en el ámbito familiar. Cuando se trata de las patologías más susceptible de ser atendidas de forma domiciliaria, sea de forma programada, con intención curativa o paliativa, o atención de urgencia las más habituales son procesos crónicos con ciclos de empeoramiento frecuente y procesos agudos en una fase de estabilización (en estos casos se usa en múltiples ocasiones para terminar tratamientos iniciados en fase hospitalaria). Entre ellos podemos encontrar el tratamiento y atención de:

- Procesos Oncológicos.
- VIH.
- Tratamiento post-quirúrgico inmediato en determinadas cirugías.
- Líneas específicas de tratamiento y atención como la nutrición enteral, la rehabilitación temprana tras accidentes cardio o cerebro vasculares.
- Enfermedades de carácter neuronal como la Meningitis o la Esclerosis Múltiple.





517927-LLP-2011-IT-LEONARDO-LMP

3. Quién está al cargo de la Asistencia Sanitaria Domiciliaria a Nivel Nacional.

En España los Servicios Sanitarios son proporcionados por los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas y está financiado eminentemente a través de impuestos. De ahí que toda la población tiene derecho a ser atendido por la Sanidad Pública. Este tipo de servicios, los servicios de asistencia sanitaria domiciliaria, son provistos, a nivel nacional dentro del siguiente esquema:

- Atención Domiciliaria en Atención Primaria: Los médicos y enfermeras de atención primaria proporcionan atención domiciliaria tanto urgente como programada o a demanda. Esto implica que la atención puede ser proporcionada para resolver una crisis médica o para proporcionar una atención periódica en el curso de una enfermedad.
- Equipos de Atención Domiciliaria: En algunas Comunidades Autónomas hay Equipos de Atención Domiciliaria para personas que no son capaces de acudir a los centros de atención primaria debido a sus circunstancias. En esos casos, estos equipos (compuestos de médico, enfermeras y asistentes sociales) acuden a casa del paciente y proporcionan allí la atención necesaria.
- Atención Domiciliaria a Personas Terminales: Es proporcionada por el sistema de salud a aquellas personas que se encuentran en las fases finales de una enfermedad terminal. Ayuda al paciente y a su familia a pasar por ese proceso de una manera más cómoda y proporciona atención sanitaria que puede ser proporcionada fuera del entorno hospitalario.
- Finalmente, podemos encontrar lo que se denomina Hospitalización Domiciliaria: Ésta es considerada como una serie de protocolos y Actuaciones sanitarias que se proporcionan en el hogar del paciente y cuentan con una intensidad, complejidad y duración similares a los que se producirían en un hospital convencional. Para aquellos casos en que éste tipo de acción puede ser desarrollada se conforma un equipo específico compuesto por médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, fisioterapeutas y trabajadores sociales que desarrolla las acciones adecuadas en cada caso. Estas unidades dependen de un Hospital de Referencia y están dirigidas y coordinadas por la dirección del Hospital e, igual que en el caso de la atención primaria, realizan intervenciones domiciliarias tanto urgentes como programadas. Estos programas pretenden reducir la estancia media hospitalaria manteniendo, al mismo tiempo, la atención necesaria con la intensidad y calidad necesarias y mejorando con ello la calidad de vida del paciente y reduciendo la cantidad de hospitalizaciones innecesarias.
- Y en el área de los Servicios Sociales podemos encontrar Servicios Sociales Domiciliarios. Éstos consisten en una serie de actuaciones asistenciales, desarrolladas a través de personal auxiliar a domicilio, para el cuidado del hogar, realizar las compras, cocinar, ayudar en la higiene personal... Éste es un tipo de atención de carácter no sanitario desarrollado por los Servicios Sociales y se complementa con la ayuda informal proporcionada por la familia del paciente. En España son los municipios y las Comunidades Autónomas los responsables de proveer y poner en funcionamiento dichos servicios.





517927-LLP-2011-IT-LEONARDO-LMP

4. Políticas Nacionales Para Promover y Mejorar la Asistencia Sanitaria Domiciliaria.

Uno de los mayores retos que debe enfrentar el Sistema Sanitario Español es el hecho de que la población española está envejeciendo. Ello incrementa el número de casos en los que la asistencia sanitaria, sea en consulta en el centro de salud, en el hospital o a domicilio, se vuelve necesaria. Esa es una de las principales razones para mejorar el cuidado sanitario proporcionado a las personas mayores de 65 años. Esta realidad está muy relacionada con el incremento de la necesidad de atención sanitaria domiciliaria en tanto la gente más mayor tiene un mayor riesgo de sufrir múltiples patologías y, por tanto, de necesitar de una atención que puede tener que ser, en muchas ocasiones, prestada en el domicilio. Entre las razones que hacen recomendable prestar la asistencia en el domicilio está el hecho de que se considera mucho mejor no institucionalizar a la gente salvo que sea estrictamente necesario. Ello se debe a que es mejor para su vida social y su entorno (en tanto facilita la vida a las familias en muchos sentidos) y por lo tanto para su propia salud. En muchas ocasiones, la atención domiciliaria, previene o evita la hospitalización lo que libera recursos hospitalarios para la atención de aquellos casos en que haya una mayor necesidad. De estas razones, además de otras que podrían esgrimirse, se concluye una presión en aumento sobre el sistema sanitario, derivado del envejecimiento que hace necesario lidiar con esas realidades. De hecho hay, en la actualidad, una tendencia política que se fija en el “Marco para la Mejora de la Atención Primaria en España 2007-2012” como parte de la visión estratégica desarrollada por el Ministerio de Sanidad para el conjunto del Estado español. En concreto, la línea estratégica nº 26 planteada por esta estrategia global se describe como: Promover la atención sanitaria domiciliaria y el compromiso de los profesionales sanitarios con la atención de las personas con problemas de dependencia. Su propósito es mejorar el servicio de atención sanitaria domiciliaria. De acuerdo con lo establecido en este marco, y con este propósito, las líneas de acción que se desarrollan son las siguientes:

- Promover planes de asistencia sanitaria domiciliaria, desarrollados en el ámbito de la atención primaria, cuyos objetivos sean la asistencia a las personas dependientes y a sus cuidadores.
- Promover e incrementar la coordinación de esos planes con otras medidas sanitarias (como la hospitalización domiciliaria) y con los servicios sociales.
- Incluir en la asistencia sanitaria a domicilio los cuidados necesarios para los pacientes dependientes, para personas con enfermedades mentales graves y para los pacientes terminales.
- Ampliar y difundir actividades de promoción de la salud, de prevención de la dependencia, y otras centradas en el mantenimiento o recuperación de la capacidad o la autonomía para el desarrollo de las actividades de la vida diaria desde la atención primaria.
- Incluir en los programas de atención sanitaria domiciliaria, las actividades necesarias para la atención psicosocial de los cuidadores informales de las personas dependientes.
- Incluir en los programas de atención sanitaria domiciliaria, las actividades necesarias para personas que necesitan de nutrición enteral, la aplicación de terapia respiratoria y de técnicas propias de la fisioterapia.



Lifelong
Learning
Programme

This project has been funded with support from the European Commission. This publication reflects the views only of the author, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



517927-LLP-2011-IT-LEONARDO-LMP

5. Estrategias e Iniciativas Desarrolladas para Promover la Mejora de los Servicios Sanitarios Domiciliarios.

En España, como se ha señalado, el sistema Sanitario está compuesto por 17 subsistemas, tantos como Comunidades Autónomas, lo que hace que casi todas las iniciativas sean de carácter local o regional. Pero existe una base común para muchas de ellas. Una de las iniciativas más comunes es el denominado “Programa de Atención Domiciliaria” que se planifica y desarrolla dentro del ámbito de la Atención Primaria. En éste ámbito, pero también en el ámbito hospitalario, cada vez es más común lo que se denomina como “Enfermera de Enlace” o “Gestor de Casos”. Es un modelo de atención que busca tratar cada caso de manera singularizada con la intención de mejorar la atención prestada. Esas enfermeras tienen la responsabilidad de gestionar la coordinación de los diversos servicios sanitarios proporcionados al paciente de atención domiciliaria (por ejemplo la atención primaria con la atención especializada). A través de este sistema el gestor de casos, conociendo la situación y el historial médico del paciente, puede reducir la fragmentación de la atención prestada y evitar duplicación en los servicios sanitarios proporcionados a cada paciente individual. Una de las funciones más importantes del gestor de casos es preparar un plan individualizado de atención sanitaria domiciliaria apropiado para cada caso. Esta figura contribuye a mejorar la calidad y la relación coste-eficacia de los servicios sanitarios. Estos gestores de casos tienen dentro de su esfera de responsabilidades: a de buscar pacientes, susceptibles de ser atendidos en este programa, de forma activa para aquellos casos que más lo necesiten, evaluar la situación sanitaria y personal de los pacientes, sus familias y cuidadores informales, así como las necesidades que tienen derivadas de las mismas. Como resultado de dicha evaluación se produce un plan de cuidados integrales y continuos diseñado de forma específica para cada paciente. Esta figura, el Gestor de Casos, ha sido introducida en España por el Servicio de Salud Andaluz en 2002. El resto de las Comunidades Autónomas la van introduciendo de forma progresiva, no sin problemas. Debido a las características de su trabajo, estos profesionales desarrollan una actividad, en muchos sentidos, relacionada de forma directa con el Trabajo Social. Esta realidad puede llegar a ser conflictiva si las áreas funcionales no quedan bien definidas entre la figura del Trabajador Social y el Gestor de Casos. Esta es la opinión de importantes investigadores como Mariano Sánchez Robles del CIS en España. Pero, por otra parte, su trabajo se justifica debido a los diferentes lenguajes usados por parte de los Servicios Sociales y los Servicios Sanitarios. Esas diferencias hacen que para un Gestor de Casos sea más sencilla la coordinación entre los diversos niveles del Sistema Sanitario. Otra línea de trabajo es la mejora de la Hospitalización Domiciliaria. Aún es infrecuente en España debido a la gran cantidad de recursos que necesita este tipo de atención. Como se señaló anteriormente nace de la escasez de camas hospitalarias y para aquellos casos específicos en los cuáles la atención sanitaria puede ser proporcionada, de modo controlado, en el domicilio del paciente. Otra de las razones esgrimidas es que la naturaleza de algunas de las patologías tratadas hace, incluso, más recomendable la permanencia en el medio domiciliario que hospitalario. Finalmente, y con respecto a la comodidad y bienestar general de paciente, en general éste se encuentra mejor cuando permanece en su entorno habitual con su familia y sus amigos. Este tipo de atención, que en España es proporcionada en el ámbito de la atención sanitaria especializada, debe ser proporcionada por un equipo multidisciplinar que incluiría médicos, enfermeras, psicólogos (para la atención de pacientes y cuidadores informales), asistentes sociales (y Gestores de Casos Hospitalarios), auxiliares de enfermería y fisioterapeutas, entre otros posibles. Los recursos, técnicas y los cuidados proporcionados pertenecen, todos ellos, a la esfera del cuidado sanitario especializado. La atención es la misma que la proporcionada en el entorno hospitalario pero en el domicilio del paciente y siempre será desarrollada de forma temporal (bien hasta que el paciente está definitivamente recuperado o hasta que su atención se traslada a los servicios de atención primaria). Este tipo de hospitalización es muy útil, como se señaló con anterioridad, pero es muy importante mencionar que también es muy costosa (en términos económicos) debido al coste del equipo humano y técnico necesario para proporcionarla dentro de los estándares y niveles de calidad óptimos para este tipo de atención. Con relación con este tipo de atención, también es de señalar que en Andalucía los servicios hospitalarios también cuentan con Gestores de Casos. Éste tipo de atención, la



Lifelong
Learning
Programme

This project has been funded with support from the European Commission. This publication reflects the views only of the author, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



517927-LLP-2011-IT-LEONARDO-LMP

hospitalización domiciliaria, es casi siempre proporcionada por los Servicios Sanitarios Públicos y es relativamente moderna en España por lo que, como ya se apuntó, no está muy extendido en España. La falta de un plan de acción común y la existencia de un sistema de atención sanitaria descentralizada en España ha tenido como consecuencia que este tipo de atención no haya sido desarrollada de forma homogénea a lo largo del territorio español. A inicios de 2011 en España había unas 100 unidades de hospitalización domiciliaria (sólo 3 de ellas pertenecían al Sector Privado) que actuaban en 15 de las 17 Comunidades Autónomas españolas. Con respecto a los resultados de este tipo de atención, es relevante mencionar que no es siempre más barata que la hospitalización tradicional sino que, por el contrario de lo que se había creído, en ocasiones es incluso más cara. Pero desde el punto de vista de los pacientes (quienes sienten que este tipo de atención da respuesta a sus demandas de accesibilidad, continuidad, adaptabilidad y personalización de cuidados sanitarios) y profesionales de la salud y gestores (quienes son capaces de gestionar los recursos de un modo más eficiente reduciendo el tiempo que la hospitalización tradicional requiere o liberando recursos, como camas hospitalarias, para hospitalizaciones tradicionales más urgentes) este tipo de medida se revela apropiada en muchas ocasiones. Estas son las conclusiones de una revisión de la situación en España tras más de 25 años de hospitalización domiciliaria que comenzó a proporcionar servicios en 1981 en Madrid por vez primera. Otro curso de acción, importante en muchas Comunidades Autónomas y de acuerdo con los servicios sociales, es el cuidado proporcionado a los cuidadores informales. Este curso de acción se debe a que este tipo de cuidadores, a menudo, cuentan con situaciones muy delicadas cuando atienden a sus familiares. La implicación en la situación de cuidados que, en la mayor parte de los casos, tiene lugar en sus propias casas es personal. Se considera que el 80% de los cuidadores informales dedican tiempo, cada día de la semana, al cuidado de sus padres, hijos o parientes dependientes, etc... Y, de entre ellos, se considera que el 50% toma tranquilizantes. Muchos de ellos padecen lo que ya se ha dado en denominar el síndrome del cuidador principal. Se ha establecido ya, en un estudio sobre la atención al los cuidadores principales (programa de intervención multidisciplinaria par cuidadores de pacientes en atención domiciliaria), que cuando alguien está sobrecargado con una gran carga de cuidados su calidad de vida puede disminuir mucho y su morbilidad y riesgo de fallecimiento aumenta. Esta sobrecarga depende de la experiencia subjetiva y del apoyo social que reciben más que de la asistencia real que proporcionan a los pacientes. Uno de los riesgos principales es la morbilidad psicológica y gran parte de los programas de asistencia sanitaria domiciliaria incluyen una dimensión de cuidados psicológicos al cuidador informal principal a fin de reducir esos riesgos. El estudio, mencionado más arriba, desarrolló acciones de cuidados sanitarios domiciliarios relacionados con el "cuidado de los cuidadores" durante un periodo de 15 meses con 79 pacientes y sus familiares (utilizando 39 de ellos como grupo de control). La conclusión fue que este tipo de atención no reduce la sobrecarga de cuidados que experimentan estas personas pero sí contribuye a reducir su morbilidad psicológica. La propuesta derivada de las conclusiones de este estudio, como de muchos otros estudios en el área, es que este tipo de acción es necesario en los cuidados domiciliarios y que debe ser desarrollada por médicos y enfermeras en sus visitas rutinarias a los pacientes. Cuando se trata de este tipo de acciones no debe olvidarse que se hallan en la frontera entre atención sanitaria y social y ello puede suponer problemas en caso de que las esferas funcionales de ambos tipos de atención no estén bien definidas. Asimismo es preciso mencionar la discusión general que en la actualidad tiene lugar en España como consecuencia de la aprobación de la Ley de Atención a la Dependencia y Promoción de la Autonomía Personal en 2006. Ésta es la relacionada con la Integración de atención social y sanitaria para las personas dependientes. Teniendo en cuenta los criterios establecidos en la ley es muy importante, para su atención, tener en cuenta el entorno natural del paciente. La atención a estos pacientes debe ser proporcionada desde un doble punto de vista, teniendo en cuenta que padecen una patología que reduce su autonomía y que esa reducción de la autonomía está relacionada con la realidad social que vive. Es por ello que los pacientes son valorados, en su autonomía, en su propio domicilio en la medida en que su realidad es considerada de conjunto. Dicha valoración produce como resultado una Calificación de su grado de Dependencia de terceras personas para realizar las actividades de la vida diaria. Pero la realidad es que, con independencia de la valoración realizada en el domicilio, la Ley



Lifelong
Learning
Programme

This project has been funded with support from the European Commission. This publication reflects the views only of the author, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



517927-LLP-2011-IT-LEONARDO-LMP

establece una carta de servicios en la que no se prevé la integración socio-sanitaria. La consecuencia es que la gente que necesita de ambos tipos de servicios necesita, por ejemplo, duplicar sus esfuerzos para acceder a la atención en ambas áreas. Esta coordinación es responsabilidad de las Comunidades Autónomas en sus respectivos territorios. Así está previsto en la Ley de Dependencia en su artículo 11 donde se establece que es responsabilidad de los gobiernos autonómicos la creación de las unidades de coordinación. Muy pocas Comunidades Autónomas han regulado la coordinación socio-sanitarias hasta la presente fecha. En Diciembre de 2001 el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) ha publicado el libro blanco para la coordinación socio-sanitaria. Este documento analiza la situación con respecto a este tipo de acciones conjuntas. En el libro blanco se establece que hay una tendencia positiva generalizada a desarrollar fórmulas de promoción de la atención integrada y coordinación entre los sectores de servicios sociales y sanitarios. Acciones que muestran una tendencia real y una explícita apuesta por este modelo de atención (tanto a nivel nacional como regional). Pero la puesta en práctica y el ritmo de desarrollo de estas medidas es muy diferente considerando las distintas Comunidades Autónomas. Se han desarrollado leyes, protocolos, modelos organizativos y compromisos financieros en muchas Comunidades Autónomas en relación con éste, necesario, tipo de coordinación. Pero incluso aunque hay protocolos para transferir pacientes entre hospitales, servicios de atención primaria, servicios residenciales u otros programas, aún hay pocos relacionados con la atención sanitaria y social domiciliaria. Sólo 3 Comunidades Autónomas cuentan con este tipo de protocolos en un modelo que, siguiendo lo establecido en el libro blanco de la coordinación de la asistencia socio-sanitaria, tiene que dar una importancia especial a este tipo de coordinación. El establecimiento de una carta integrada de servicios socio-sanitarios, la superposición de los mapas de servicios sociales y servicios sanitarios en el territorio español y el establecimiento de protocolos de transferencia de pacientes entre servicios, son claves (entre otras) para mejorar la atención sanitaria domiciliaria según el libro blanco para la coordinación de los servicios sociales y sanitarios. Finalmente, es importante tener en cuenta que algunos servicios, ya proporcionados por el sistema de servicios sociales cuentan con una dimensión sanitaria. Por ejemplo la conocida como Tele-asistencia en España. Esta asistencia consiste en la distribución de dispositivos de alarma conectados con los servicios de emergencia. En caso de que un discapacitado, anciano o paciente crónico viva solo puede solicitar este tipo de dispositivo que es instalado en su casa. Si el paciente se cae o tiene algún tipo de emergencia que no puede resolver por sí mismo necesitando ayuda de terceros puede utilizar este dispositivo (que es una especie de botón que se cuelga del cuello) y la conexión con los servicios de emergencia es rápida y eficaz. Por otra parte es importante reflexionar sobre el papel que está teniendo la tecnología en el área. En muchos sentidos ha logrado contribuir a la mejora de la atención sanitaria domiciliaria. Los sanitarios pueden distribuir y utilizar con sus pacientes diferentes dispositivos que contribuyen a la monitorización de las constantes vitales de los mismos o facilitar la administración de fármacos. Estos pueden ser muy útiles en el desarrollo de la atención sanitaria domiciliaria aún cuando aún pertenecen al futuro.



Lifelong
Learning
Programme

This project has been funded with support from the European Commission. This publication reflects the views only of the author, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



517927-LLP-2011-IT-LEONARDO-LMP

6. Descripción de Cursos Formativos para Cuidadores Sanitarios Profesionales en el Área.

6.1 Cursos Formativos.

Con base en la Ley de Dependencia y con la necesidad “in crescendo” de proporcionar cuidados domiciliarios se produce en España una tendencia importante al incremento del número de cursos desarrollados en España. Muchos de ellos son impartidos por instituciones privadas (en el área de servicios de atención social) para la formación de futuros trabajadores. El contenido de dichos cursos incluye tanto aspectos sociales como aspectos sanitarios relacionados con el perfil del cuidador. Uno de los cursos más comunes, cuya denominación puede variar levemente, es el curso de “Higiene y Asistencia Sanitaria Domiciliaria”. Este curso, que se va destinado a la obtención de un Certificado de Profesionalidad en el Sistema Nacional de Cualificaciones, está orientado a establecer y transmitir las bases y principios que animan la atención con personas Dependientes en su domicilio. Pretende transmitir el conocimiento, las habilidades y competencias que permitan a los alumnos el desarrollo de actividades de atención y promoción de la autonomía de mayores, discapacitados y personas convalecientes en sus domicilios. El programa (de uno de estos cursos) que se adjunta va orientado a personas que no tienen competencias en esta área y se basa en el modelo socio-sanitario de atención. El programa formativo incluye los siguientes módulos:

- Identificación de las características y necesidades de las personas dependientes.
- Especificación de la esfera de atención domiciliaria.
- Técnicas de higiene para personas dependientes.
- Planificación de Menús.
- Técnicas de alimentación.
- Eliminación de Residuos.
- Administración de fármacos en el domicilio.
- Movilidad de personas dependientes.
- Comprobación de Constantes Vitales.
- Técnicas de Primeros Auxilios.
- También hay cursos en el área de la formación continua así como cursos especializados para profesionales relacionados con las distintas áreas posibles de atención domiciliaria. Pero, en la actualidad, este es el tipo de cursos más numerosos desarrollados en el área. Estos cursos tienen gran aceptación debido a la existencia de un amplio espectro de empresas privadas que proporcionan asistencia sanitaria en relación con los servicios sociales. Las empresas privadas de salud proporcionan, por su parte, una sección muy pequeña de servicios sanitarios domiciliarios.

6.2 Competencias.

- En relación con las competencias necesarias, en el perfil del profesional socio-sanitario (teniendo en cuenta que toda atención sanitaria a domicilio cuenta con una dimensión social) se han desarrollado ciertos estudios. Un profesional en este área debería, de acuerdo con Bienvenida Gala Fernández, Sergio Romeo López y Rosa María Pérez:
- Ser un profesional próximo en relación con la presencia en el territorio y con respecto a la identificación que se haga del mismo como parte del sistema de servicios sanitarios que proporcione el servicio.
- Ser competente: debe contar con capacidad para integrar conocimiento, habilidades y actitudes asociadas con la buena práctica profesional.



Lifelong
Learning
Programme

This project has been funded with support from the European Commission. This publication reflects the views only of the author, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



517927-LLP-2011-IT-LEONARDO-LMP

- Tener una visión general: para ser capaz de evaluar de forma apropiada las distintas necesidades de los pacientes.
- Tener capacidad de anticipación: Teniendo en cuenta la proximidad a la población.
- Capacidad de gestionar la escasez debido a la falta de recursos.



Lifelong
Learning
Programme

This project has been funded with support from the European Commission. This publication reflects the views only of the author, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



517927-LLP-2011-IT-LEONARDO-LMP

7. Identificación de Mejores Prácticas.

7.1 Proyecto REPOCA®.

Hospital Universitario Dr Peset y VitalAire, han desarrollado un programa de asistencia sanitaria a domicilio para personas con EPOC. Es un programa de atención domiciliaria continua que incluye atención a domicilio programada, control telefónico y atención médica y de enfermería a demanda, además de sesiones educativas en las que los profesionales trabajan juntos con pacientes y cuidadores en cuestiones como vacunas, contaminación, nutrición, sexualidad o desintoxicación tabáquica. El equipo de atención contaba con el apoyo de un neumólogo en régimen ambulatorio. El objetivo fundamental de este programa fue el de valorar la eficacia de la atención domiciliaria, en pacientes con episodios críticos graves de EPOC, con el fin de reducir la necesidad de hospitalización y atención especializada. El programa ha tenido un gran éxito. Han trabajado en éste curso de acción durante 6 meses en la región de la Comunidad Autónoma de Valencia y han reducido la necesidad de hospitalización en un 83%. Han atendido a pacientes con EPOC moderada (8), grave (8) y muy grave (9). El programa también ha reducido el número medio de crisis que sufrían estos pacientes en relación con el periodo inmediatamente anterior. Los criterios de calidad de esta práctica serán:

- Han puesto en marcha un nuevo programa de atención domiciliaria.
- Han logrado sus objetivos. Pretendían reducir el número de hospitalizaciones de su población objetivo y el número de crisis de EPOC que tenían.
- Y lo hicieron a través de un programa basado en la prevención y la educación sanitaria que mejora la calidad de vida de pacientes y familiares. Este es el principal criterio de éxito considerado más allá del hecho de que los pacientes se sienten más seguros cuando saben que pueden recurrir al programa para solicitar ayuda.

Para más información: <http://www.vitalaire.es/es/rss/vitalaire-presenta-los-primeros-resultados-del-proyecto-repoca-en-el-ii-simposium-internacional-epoc-y-tabaco-que-tendra-lugar-en-caceres-los-dias-10-y-11-de-noviembre.html>

7.2 Plan de Comunicación Telefónica a Cuidador@s

Este es un programa que está siendo probado en la actualidad en uno de los centros del Servicio de Asistencia Sanitaria de la Comunidad Autónoma de Andalucía. El programa está destinado a proporcionar atención telefónica a los cuidadores informales de los pacientes dependientes e inmovilizados, que presentan una especial fragilidad o riesgo. El programa pretende atenderles en su casa proporcionando a los cuidadores informales la posibilidad de consultar y obtener consejo de sus enfermeros/as o Gestores de casos sobre los problemas y situaciones relacionadas con la condición del paciente. El gestor de casos proporcionará al cuidador la información de contacto necesaria y los servicios de atención primaria estarán apropiadamente coordinados con la finalidad de transferir las llamadas recibidas de los usuarios de este programa al profesional correspondiente en cada caso (sea este el médico, la enfermera, el fisioterapeuta, el psicólogo, etc). Los objetivos específicos según son definidos por este programa son: evitar o reducir las complicaciones que puedan producirse en los pacientes inmovilizados; proporcionar respuesta a las preguntas y dudas planteadas por los cuidadores informales; proporcionar información a los cuidadores informales; y gestionar los recursos sanitarios evitando desplazamientos (de profesionales y pacientes) innecesarios. Esta práctica ha sido considerada en tanto implica un proceso innovador, incluyendo tanto a Enfermera de Enlace como al resto de la comunidad de atención sanitaria en atención primaria. Proporciona, asimismo un buen protocolo de atención telefónica para los cuidadores. El programa ha comenzado el 1 de septiembre de 2011 y finalizará a finales de 2012.

Más información www.saludinnova.com/practicass/view/942



Lifelong
Learning
Programme

This project has been funded with support from the European Commission. This publication reflects the views only of the author, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



517927-LLP-2011-IT-LEONARDO-LMP

8 References

1. El sistema Nacional de Salud. Situación actual. Carlos Martínez-Ramos. <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca/article/viewFile/1/1>
2. Marco estratégico para la mejora de la atención primaria 2007-2012 http://www.msc.es/profesionales/proyectosActividades/docs/AP21MarcoEstrategico2007_2012.pdf
3. El papel de la enfermera de enlace. Boris Trenado Luengo
4. Continuidad asistencial: rol de la enfermera de enlace. G. Jodar-Solà.
5. Programa de intervención multidisciplinaria para cuidadores de pacientes en atención domiciliaria. [Guerrero Caballero, Laura](#); [Ramos Blanes, Rafel](#); [Alcolado Aranda, Ana](#); [López Dolcet, Maria Josep](#); [Pons La Laguna, Juan Lucas](#); [Quesada Sabaté, Miquel](#). Publicado en Gac Sanit 2008; 22: 457 - 460 - vol.22 núm 05
6. Veinticinco años [de hospitalización a domicilio](#) en España. [González-Ramallo, Víctor J](#); [Segado-Soriano, Antonio](#). Published in *Med Clin (Barc)*. 2006;126:332-3. - vol.126 núm 09
7. Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio. [Directorio de Unidades de Hospitalización a domicilio](#).
8. Libro Blanco De [La Coordinación Sociosanitaria En España](#). Ministerio De [Sanidad, Política Social E Igualdad](#)
9. [La enfermera, profesional clave para la coordinación de la atención socio-sanitaria a personas con dependencia](#).
10. [Bienvenida Gala](#) Fernández,¹ Sergio Romeo López Alonso,² Rosa María Pérez Hernández³
11. Index de [Enfermería \[Index Enferm\]](#) 2006; 54: 7-9
12. Distribución En España Del Cuidado Formal E Informal A Las Personas De 65 Y Más Años En Situación De Dependencia. Jesús Rogero-García Instituto de [Economía, Geografía y Demografía \(IEGD\)](#). Centro de Ciencias Humanas y Sociales (CCHS). Consejo Superior de [Investigaciones Científicas \(CSIC\)](#).
13. Benitez del Rosario M.A. 2002 “¿Son útiles en población anciana los programas de promoción y prevención de la salud en el domicilio?”. [Resultados de un Metaanálisis-FMC](#) 9:457
14. Contel J.C., Gene J., Peya M. 1999. “Atención Domiciliaria [Organización y Práctica](#)” Barcelona Springer Verlag Iberica.
15. Contel Segura J.C. 2002. “Impacto de la atención domiciliaria preventiva en el ingreso en centros socio-sanitarios: [estado funcional y mortalidad](#)” FMC 9:459
16. www.saludinnova.com

