

**PLAN PARA LA MEJORA  
DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA  
EN LA COMUNIDAD VALENCIANA,  
2004-2007**



**PLAN PARA LA MEJORA  
DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA  
EN LA COMUNIDAD VALENCIANA,  
2004-2007**

 **GENERALITAT VALENCIANA**  
CONSELLERIA DE SANITAT

2004

**AUTORES QUE HAN ELABORADO EL “PLAN PARA LA MEJORA DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA, 2004-2007”**

- D. Juan Gallud Romero (médico)
- D. Adolf Guirao Goris (enfermero)
- D. Antonio Ruiz Hontangas (enfermero)
- D. Mercedes Muñoz León (trabajadora social)

Edita: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat  
© de la presente edición: Generalitat Valenciana, 2004  
© de los textos: los autores  
1ª edición  
ISBN: 84-482-3792-7  
Depósito legal: V-3251-2004  
Imprime: Gráficas Marí Montañana, s.l.

**Cita recomendada:** Conselleria de Sanitat. Plan para la Mejora de la Atención Domiciliaria en la Comunidad Valenciana, 2004-2007. Valencia: Conselleria de Sanitat 2004.

## Presentación

El envejecimiento de la población, el aumento de las enfermedades crónicas, así como el incremento del grado de dependencia, está provocando que una buena parte de nuestros pacientes, necesite recibir la atención en sus propios domicilios, ya sea por no poder desplazarse o bien por considerar su domicilio el mejor lugar terapéutico.

Esta situación, que crece de forma acelerada, está generando un crecimiento en la demanda de servicios de carácter domiciliario.

A nivel conceptual, la atención domiciliaria (AD) cabe definirla como el conjunto de actividades, de naturaleza sanitaria y social, que se desarrollan en el domicilio de los enfermos.

Sabemos que dar una AD de la mejor calidad es un quehacer no exento de complejidad, pues hay que coordinar a todos los actores que actúan en el escenario domiciliario. Ya sean los equipos sanitarios, los cuidadores familiares, los servicios sociales de apoyo o bien el voluntariado social.

El papel, que en este contexto, asumen los cuidadores es clave para el desarrollo de la AD . Su sola presencia puede posibilitar la

prestación. Se trata mayoritariamente de mujeres, cuya salud o cuya vida laboral, familiar y social puede quedar afectada por la sobrecarga física y emocional que conlleva cuidar de un enfermo.

Además, sabemos que los factores demográficos, epidemiológicos, sociales y sanitarios que impulsan el aumento de las necesidades de AD, van a seguir creciendo en nuestra Comunidad y que, como consecuencia, la AD va a convertirse en una prestación clave de nuestro sistema sanitario.

Por lo tanto, es necesario prepararse para afrontar el futuro con las mayores garantías. Y con este objetivo, un buen número de profesionales ha consensuado y elaborado, durante el último año, este Plan para la Mejora de la Atención Domiciliaria en la Comunidad Valenciana, 2004-2007, que ahora presentamos.

Este documento es un instrumento de planificación que engloba tanto el modelo integrado de AD que proponemos, como las actuaciones que consideramos más adecuadas para la mejora de la atención de los enfermos domiciliarios en nuestra Comunidad.

Además, este documento supone también un compromiso de la Conselleria de Sanidad con el ciudadano y con el profesional.

Con el ciudadano, porque vamos a ofertar una AD de mayor cobertura, de más calidad, más humanizada y eficiente, que responda a sus necesidades y preferencias.

Con el profesional, porque pretendemos garantizarle una participación activa en el proceso. Para ello vamos a poner a su disposición los recursos formativos y los medios adecuados para que puedan contribuir eficazmente a la mejora de los resultados en los pacientes domiciliarios y en sus cuidadores.

*Vicente Rambla Momplet*  
Conseller de Sanitat

## Prólogo

El aumento de personas en su mayoría ancianas, que presentan enfermedades crónicas y degenerativas, y que por problemas de dependencia no pueden salir de su casa supone, entre otros factores, que cada día se incrementa la necesidad de atenciones tanto sanitarias como sociales en el domicilio.

Por otra parte, tanto desde el punto de vista terapéutico como de las preferencias sociales, se resalta la importancia de favorecer al máximo la permanencia de los enfermos en su entorno habitual de vida.

En paralelo, los hospitales evolucionan hacia centros de alta tecnología diagnóstica y terapéutica, con estancias cada vez más reducidas para todo tipo de procesos, y desarrollan con este fin nuevas fórmulas asistenciales (unidades de corta estancia, cirugía ambulatoria, consultas de alta resolución, hospitales de día, hospital a domicilio,...) que acaban generando un volumen creciente de enfermos que permanecen en su entorno familiar con más carga de enfermedad y de cuidados.

La conjunción de estos factores, entre otros, genera una creciente presión sobre los recursos sanitarios y sociales que trabajan en el entorno domiciliario, así como para los propios cuidadores.

Todos los cambios ocurridos en nuestra Comunidad –demográficos, epidemiológicos, sociales y sanitarios– como las previsiones de futuro, indican que son y van a ser demandados socialmente un volumen creciente de servicios domiciliarios, lo que hace inevitable tomar iniciativas que permitan afrontar esta nueva situación.

Consciente de ello, la Conselleria de Sanitat en varios de sus planes, ha puesto de manifiesto la necesidad y la voluntad de desarrollar la AD, tanto a nivel de planes generales (Plan de Salud 2001-2004; Plan de Humanización de la Atención Sanitaria) como a nivel de planes sectoriales (Cartera de Servicios de Atención Primaria 2000; Plan Director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica; Plan Oncológico 2002-2006; Plan Rehabilitación de la Comunidad Valenciana) (Tabla 1).

Por otro lado, la Conselleria constata que la actividad domiciliaria en nuestra organización ha aumentado sistemáticamente cada año y reconoce, que existen en nuestra Comunidad profesionales y equipos que desarrollan la AD en su ámbito de actuación con calidad, y a plena satisfacción de sus usuarios. Por lo tanto, no partimos de cero sino que disponemos de fortalezas tanto en el “saber” como en el “saber hacer” que hay que identificar, analizar, mejorar y convertir en modelo a potenciar.

Se hace necesario desarrollar un plan específico, que recogiendo los objetivos y las acciones propuestas en los diferentes planes existentes y recuperando el conocimiento y las experiencias adquiridas por diferentes profesionales y equipos en nuestra Comunidad, concrete un horizonte de futuro para la AD que oriente las actuaciones de la Conselleria durante los próximos años en este ámbito de intervención.

Este “Plan para la Mejora de la AD en la Comunidad Valenciana, 2004-2007” es el instrumento del que nos hemos dotado, fruto del esfuerzo de análisis y consenso de profesionales, expertos y directivos, y que nos orientará en el tipo de cambios que necesitamos introducir y nos ayudará a tomar aquellas decisiones que nos encaminen más rápidamente a la mejora de los resultados en los pacientes domiciliarios y en sus cuidadores.



Como patrón de futuro, optamos por un modelo integrado de AD y, en cuanto a su desarrollo, optamos por un proceso gradual: pilotaremos en áreas de salud y centros seleccionados el modelo propuesto y las mejoras seleccionadas, y después procederemos a su despliegue progresivo en toda nuestra Comunidad.

*Marciano Gómez Gómez*  
Secretario Autonómico para la Agencia Valenciana de Salud

**TABLA 1**

**Planes de la Conselleria de Sanitat que promueven el desarrollo de la AD**

- ❑ **Plan de Salud de la Comunidad Valenciana 2001-2004.**  
*Establece como objetivos:*
  - Fomentar el papel de las UHDs en el circuito como gestores de casos, gestionando camas de Larga Estancia en Residencias Asistidas, coordinándose con atención primaria (Objetivo 65).
  - Implementar Guías de Actuación Clínica para la AD en cada Zona Básica de Salud que optimicen la coordinación de las UHDs con los equipos de atención primaria, atención especializada y recursos sociales (Objetivo 66).
  - Promover y apoyar las asociaciones y los grupos de autoayuda (Objetivo 68).
  - Elaboración de un plan de formación para cuidadores y profesionales sociosanitarios (Objetivo 69)
  
- ❑ **Plan de Humanización de la Atención Sanitaria en la Comunidad Valenciana.**  
*Plantea, entre otras actividades:*
  - “Acercar la asistencia sanitaria al paciente, ampliando la cobertura de las Unidades de Hospitalización a Domicilio y los programas de AD de Atención Primaria”.
  - “Fomentar la relación y la colaboración con las asociaciones de enfermos de la CV”
  - “Favorecer la colaboración de asociaciones de voluntarios en determinados servicios de la CV”
  
- ❑ **Cartera de Servicios de Atención Primaria 2000**  
*Establece como servicios dirigidos a toda la población:*
  - AD a pacientes inmovilizados
  - Atención a pacientes terminales

❑ **Plan Director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de la Comunidad Valenciana.**

- Establece como objetivo relativo a los dispositivos sanitarios, el “Desarrollar programas de hospitalización y de asistencia domiciliaria (Unidades de Hospitalización a Domicilio)”.
- Establece como funciones de los distintos profesionales de los equipos de salud mental, la atención en el domicilio del paciente.
- Establece como líneas de actuación la potenciación de los programas de AD y apoyo familiar.

❑ **Plan Oncológico de la Comunidad Valenciana 2002-2006.**

*Establece como acciones enfocadas a potenciar la red de cuidados paliativos:*

- Se elaborará una cartera de servicios para todos los dispositivos asistenciales de Cuidados Paliativos desde Unidades de Referencia hasta Atención Primaria
- Aumentar la cobertura de las UHDs y su formación en cuidados paliativos, para favorecer la atención al enfermo terminal en el domicilio.
- Elaboración de una guía clínica sobre la atención y manejo del paciente terminal para todos los dispositivos asistenciales que pueda ser utilizada por todos los profesionales que se encuentren ante un enfermo terminal.
- Elaboración de protocolos de derivación de los enfermos terminales en función de su situación clínica.
- Desarrollar un sistema de información donde se recojan las variables e instrumentos de valoración específicos para cuidados paliativos.

*Establece como acciones enfocadas a ofrecer hospitalización a domicilio a niños con cáncer:*

- Ofrecer hospitalización a domicilio para los niños con cáncer tratados en las 3 Unidades de Oncología Pediátrica previstas (en principio, en los Hospitales de La Fe y Clínico de Valencia y en H. General de Alicante).

❑ **Plan Rehabilitación de la Comunidad Valenciana.**

*Establece:*

- La creación de Unidades Básicas de Rehabilitación en Atención Primaria
- Como objetivo 1º de las UBRhb, “acercar la rehabilitación al domicilio del paciente sin que la calidad de la asistencia prestada se vea disminuida”.
- Como funciones del Fisioterapeuta, la AD

## ÍNDICE

<b>Presentación</b> del Conseller de Sanitat .....	5
<b>Prólogo</b> del Secretario autonómico para la Agencia Valenciana de Salud .....	7
<b>Glosario de abreviaturas</b> .....	15
<b>I. Resumen ejecutivo</b> .....	19
<b>II. Plan para la mejora de la AD en la C.V., 2004-2007</b> .....	47
1.- ¿Qué factores determinan la situación de la AD en nuestra Comunidad? .....	49
2.- ¿Qué estrategia general debemos adoptar para la mejora de la AD? .....	54
3.- ¿Qué modelo de AD queremos desarrollar en la Conselleria de Sanitat? .....	58
4.- ¿Qué debemos hacer para conseguirlo? .....	73
5.- ¿Cómo tenemos de hacerlo? .....	77
6.- ¿Qué objetivos y plazos nos damos? .....	79
7.- ¿Qué beneficios esperamos obtener para los pacientes y sus cuidadores?. .....	79
<b>III. ANEXO:</b> <b>Desarrollo del Plan para la Mejora de la AD en la C.V., 2004-2007</b> .....	83
A. Planteamiento General del Documento y Metodología .....	85
B. Marco Estratégico .....	89

C. Misión, Valores y Visión.....	92
D. Análisis de Situación y Perspectivas .....	97
D.1. Análisis de expectativas de grupos de interés relevantes: pacientes, cuidadores y profesionales .....	99
D.2. Identificación de elementos de mejora por parte de los profesionales mediante la técnica de grupo nominal .....	115
D.3. Análisis estratégico:	
D.3.1. Análisis externo: macroentorno .....	127
D.3.2. Análisis externo: microentorno .....	132
D.3.3. Análisis interno .....	143
D.3.4. Análisis DAFO general .....	150
E. Síntesis .....	153
E.1. Las 6 Areas Clave para la mejora de la AD .....	155
E.2. Análisis DAFO de cada Area Clave.....	157
F. Acciones propuestas .....	173
F.1. Para mejorar la cobertura de las necesidades de AD .....	175
F.2. Para mejorar la actuación integrada de los agentes domiciliarios .....	188
F.3. Para mejorar la calidad de los procesos asistenciales domiciliarios .....	193
F.4. Para mejorar la implicación de los recursos humanos .....	206
F.5. Para mejorar las alianzas y potenciar a los actores emergentes .....	208
F.6. Para mejorar el liderazgo y los instrumentos de gestión .....	223
G. Participantes en grupos de trabajo .....	229

## GLOSARIO DE ABREVIATURAS

AD	Atención Domiciliaria
AE	Atención Especializada
APS	Atención Primaria de Salud
AuxE	Auxiliar de Enfermería
CA	Consultorio Auxiliar de un CS
CICU	Centro de Información y Coordinación de Urgencias
CMBDHAD	Conjunto Mínimo Básico de Datos en HAD
CP	Centro Piloto
CS	Centro de Salud
CV	Comunidad Valenciana
EAP	Equipo de Atención Primaria
EpS	Educación para la Salud
ESAD	Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (Insalud)
GAM	Grupos de Ayuda Mutua
GEM	Grupos de Elaboración de Mejoras (Grupo de trabajo)
GV	Generalitat Valènciana
HAD	Hospital a Domicilio
IMAD	Iniciativa para la Mejora de la AD
H <sup>a</sup> C	Historia Clínica
HCE	Historia Clínica Electrónica
HMLE	Hospital de Media y Larga Estancia
NM	Nuevo modelo de APS
MT	Modelo tradicional de APS
ONG	Organización No Gubernamental
PAC	Punto de Atención Continuada de los EAPs
PAS	Punto de Atención Sanitaria en áreas metropolitanas de Alicante, Elche y Valencia del SUEE
PAD	Programa de Atención Domiciliaria de APS
PADI	Programa de AD Integrado por 5 tipos de agentes domiciliarios
PMAD	Plan para la Mejora de la AD
PDA	Personal Device Assistant (ordenador de mano)
PDCA	Plan-Do-Control-Act (ciclo de mejora)
RRAD	Red de Responsables de AD

SAMU	Servicio de Atención Médica Urgente
SES	Servicio de Emergencias Sanitarias
SI	Sistema de Información
SIE	Sistema de Información Económica
SIP	Sistema de Identificación Personal (Tarjeta Sanitaria)
SQR	SI de Sugerencias, Quejas y Reclamaciones
SSCC	Servicios Centrales
SUEE	Sistema de Urgencias y Emergencias Extrahospitalarias
TIC	Tecnologías de la Información y Comunicación
TS	Trabajadora Social
TSS	Trabajadora Social Sanitaria
UBRhb	Unidad Básica de Rehabilitación
UHD	Unidad Hospitalaria Domiciliaria
UME	Unidad Médico-Enfermera
USVB	Unidad Soporte Vital Básica (Ambulancia equipada + 2 conductores formados)
USM	Unidad Salud Mental
ZBS	Zona Básica de Salud







# I Resumen ejecutivo



## JUSTIFICACIÓN

Todos los cambios ocurridos en nuestra Comunidad –demográficos, epidemiológicos, sociales y sanitarios- como las previsiones de futuro, indican que son y van a ser demandados socialmente un volumen creciente de servicios domiciliarios, lo que hace inevitable tomar iniciativas que permitan afrontar esta nueva situación.

Si no mejoramos la AD de los *enfermos domiciliarios*, y si no cuidamos y apoyamos a sus *cuidadores*, la evolución previsible será el aumento de las necesidades de internamiento sanitario o social, sabiendo además que la institución no es habitualmente el mejor lugar terapéutico, ni la opción más deseada por los pacientes y sus familiares.

Se han hecho esfuerzos en los últimos años para mejorar cualitativa y cuantitativamente los servicios sanitarios domiciliarios de la Conselleria de Sanitat. La actividad domiciliaria en nuestra organización ha aumentado sistemáticamente cada año y *cinco tipos de recursos (agentes)* han contribuido a ello:

1. Los Equipos de Atención Primaria a través del Programa de AD (PAD),
2. Las Unidades Hospitalarias Domiciliarias (UHD),
3. Los Recursos del Sistema de Urgencias y Emergencias Extrahospitalarias (SUEE),
4. Las Unidades de Salud Mental (USM) y
5. Las Unidades Básicas de Rehabilitación (UBRhb).

En nuestra Comunidad, al igual que en el resto de España y a nivel internacional, la respuesta del sistema a las necesidades de AD se ha caracterizado mayoritariamente por el desarrollo autónomo de cada agente, la fragmentación asistencial y la escasa coordinación sociosanitaria. Según la OMS, una tendencia común en las recientes reformas de los sistemas sanitarios a nivel europeo e internacional es el *énfasis en modelos de integración* en la provisión de servicios como estrategia para superar las deficiencias asociadas a la fragmentación y para la mejora de la calidad de la atención.

## ESTRATEGIA

Apoyándose en las tendencias recientes y para mejorar la AD en nuestra Comunidad, la Conselleria opta por una estrategia basada en:

1. potenciar y consolidar la prestación domiciliaria de los 5 agentes sanitarios actuales,
2. y proceder a una integración de su actuación.

## MODELO INTEGRADO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

La respuesta de la Conselleria de Sanitat se concreta en el “Modelo Integrado de AD” (Figuras 1-4), que presenta como principales características:

- 1. Un conjunto de proveedores sanitarios de AD (Agentes)**
  - Los cinco tipos de recursos (agentes) mencionados.
- 2. Un ámbito geográfico y un lugar de atención común:**
  - El Area de Salud.
  - El Domicilio :
    - Su vivienda habitual y permanente.
    - Su vivienda temporal en domicilios de familiares.
    - La Institución Residencial donde habite.

### 3. Una población diana:

- Aquellos *pacientes* que no pueden desplazarse al centro de atención sanitaria o para los que su domicilio es su mejor lugar terapéutico, con objeto de mantener o elevar su salud, mejorar su calidad de vida o garantizarles una muerte digna, así como atender a la salud de sus *cuidadores* y proporcionarles además la capacitación y el apoyo adecuado, para que puedan colaborar eficazmente en la atención del paciente.

### 4. Una misión compartida por los agentes

- Prestar –desde el sector público sanitario– servicios domiciliarios de calidad, de naturaleza biológica, mental y social, capaces de mantener a los enfermos en su domicilio o reintegrarlos a él en caso de internamiento.
- Coordinar la atención para que exista continuidad entre profesionales y agentes.
- Investigar para contribuir a la creación de conocimiento en AD.
- Realizar docencia para contribuir a la difusión del conocimiento en AD.

### 5. Una oferta de servicios asistenciales

- Identificación, información y captación.
- Valoración domiciliaria.
- Coordinación de los servicios sanitarios.
- Atención sanitaria al paciente en su domicilio tanto programada como urgente.
- Atención sanitaria, capacitación y apoyo a cuidadores.
- Atención telefónica y, en el futuro, telemática.
- Suministro de medicación, material sanitario y equipamiento médico.
- Gestión del préstamo y recuperación del material ortoprotésico y ayudas técnicas.
- Gestión del acceso a los servicios del sector social.
- Servicios psicosociales.

### 6. Un modelo de organización: la integración funcional (Tabla 2)

- El modelo se centra exclusivamente en el sector sanitario: no incluye la integración, sino la colaboración y coordinación con el sector social.
- Configuración del sistema como una “Red” de agentes sanitarios domiciliarios, con una cartera de servicios y de tecnología específica en función del agente.
- Los agentes mantienen su dependencia orgánica actual, pero forjan progresivamente un funcionamiento integrado.
- La integración se construye y se sostiene a tres niveles:
  - ✓ A nivel del **Sistema de Valores**, promoviendo:
    - La emergencia de una visión compartida sobre la pertinencia del modelo de integración de servicios domiciliarios.
  - ✓ A nivel de un **Sistema de Gestión Integrado**, creando:
    - Una estructura de coordinación de la AD en SSCC.
    - Una Dirección Integrada a nivel de Área (Primaria, Especializada y Emergencias) y específica para la AD.
    - Un Sistema de Información compartido.
  - ✓ A nivel de conocimientos y organización de la práctica clínica, creando:
    - Un **Sistema de Participación Profesional**, constituido por comités técnicos, grupos asesores y grupos de trabajo de composición mixta.

## 7. Un modelo de atención

- Enfoque integral bio-psico-social.
- Enfoque interdisciplinar.
- Orientación hacia el fomento del autocuidado y la autonomía.
- Humanización.

## 8. Un profesional protagonista

- La Enfermera de Atención Primaria.

## 9. Unas tecnologías claves

- La Atención Telefónica.
- Las Tecnologías de la Información y la Comunicación: Telefonía móvil, Informática, Internet, Correo electrónico. Historia Clínica Electrónica.



- La Tecnología y Equipamiento sanitario: material ortoprotésico, ayudas técnicas y equipamiento para terapias de larga duración en domicilio.

#### 10. Una estrecha coordinación con el sector social

- Conselleria de Bienestar Social y Corporaciones Locales.

#### 11. Unas alianzas estratégicas

- Voluntariado y Grupos de Ayuda Mutua.
- Entidades sociales: Universidad, Sociedades científicas y profesionales,...
- Organismos de la Generalitat y otras Direcciones Generales de la Conselleria de Sanitat.

### ACCIONES PARA CONSEGUIRLO

Se encuentran contenidas en el “*Plan para la Mejora de la AD*” que define 6 Líneas Estratégicas, 16 Areas de Desarrollo, 40 Objetivos y 127 Acciones, a desarrollar en los cuatro años entre 2004 y 2007 (Tabla 7 y detalle en páginas 35-43).

### METODOLOGÍA, OBJETIVOS Y PLAZOS

#### 1. Fase 1: Pilotaje de mejoras en Areas y Centros Piloto

Con el objetivo de disponer de un nuevo modelo de AD, basado en el desarrollo interno y la integración funcional de los 5 agentes domiciliarios mencionados, que esté validado y consolidado en 3 Areas de Salud Piloto a final de 2006, la Conselleria:

- a. Establece 3 Areas piloto (4, 6 y 18) y varios Centros piloto en dichas Areas (Tabla 3).
- b. Crea el proyecto temporal “Iniciativa para la Mejora de la AD (iMAD)”, para aplicar y validar el modelo patrón a pequeña escala en los Centros piloto (Tabla 4).

## 2. Fase 2: Despliegue:

Las mejoras validadas y consolidadas por proyecto iMAD serán desplegadas posteriormente al resto de la organización, con objeto de lograr una cobertura por el nuevo modelo integrado de AD superior al 50% de la población de la Comunidad Valenciana al final de 2007 (en torno a 2.250.000 habitantes), lo que supondrá atender aproximadamente a unos 45.000 pacientes y a sus cuidadores (Tabla 5).

Figura 1

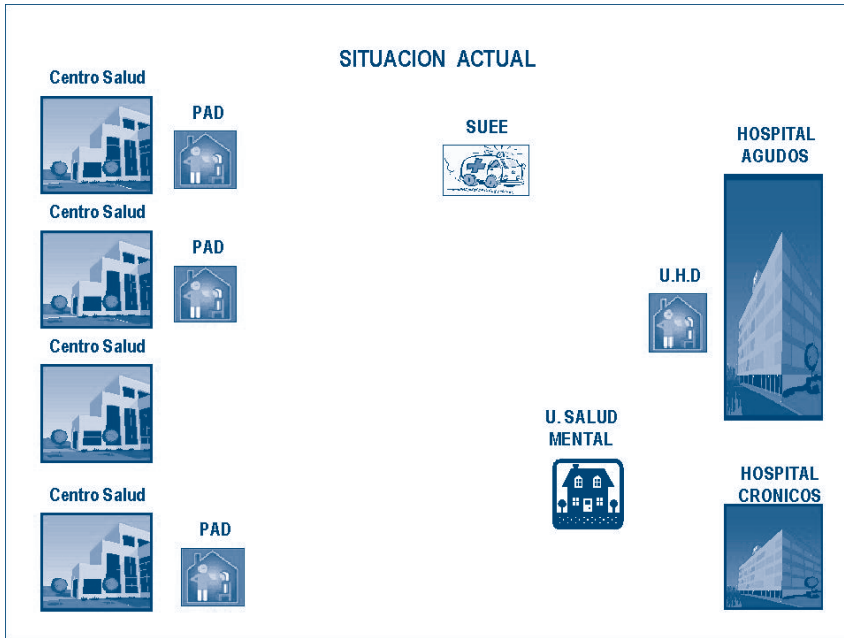
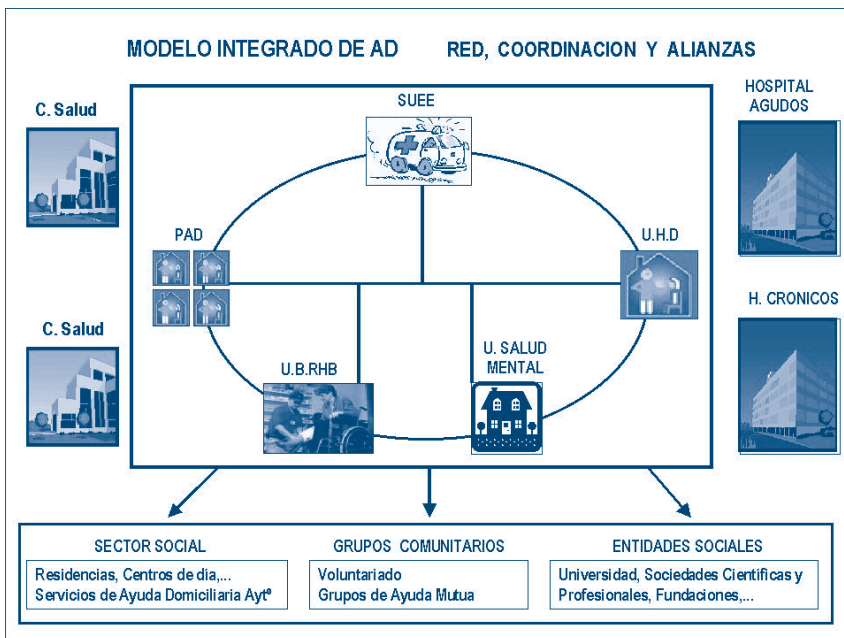
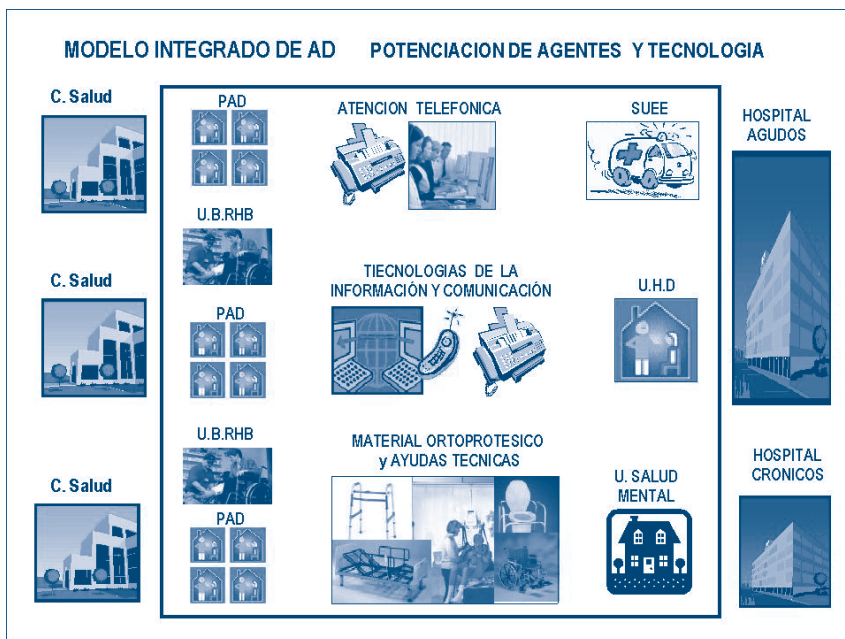


Figura 2



**Figura 3**



**Figura 4**



Tabla 2

**Integración Funcional**

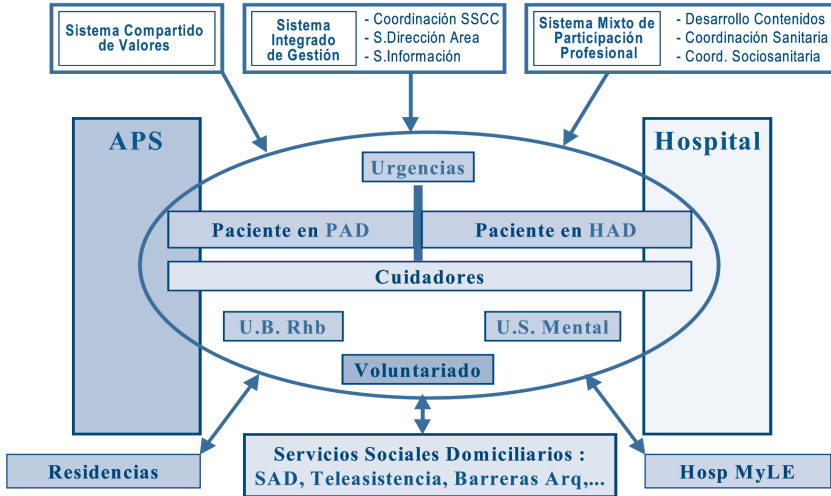


Tabla 3

Áreas y Centros Piloto						
AREA	C. SALUD	U.H.D	SUEE <sup>2</sup>	U.S.Mental	U.B.RHB	
4	CS Nazaret	Clínico	Valencia	Malvarrosa	Trafalgar	
	CS Trafalgar					
6	CS Economista Gay	La Fe		Trinitat <sup>1</sup>		
	CA Tendetes					
18	CS La Florida	Gral Alicante	Alicante	Florida-Babel <sup>1</sup>	Florida-Babel	
	CS San Blas			San Blas	San Blas	

<sup>1</sup> Dependiente de la Diputación  
<sup>2</sup> Sistema de Urgencias y Emergencias Extrahospitalarias

Tabla 4

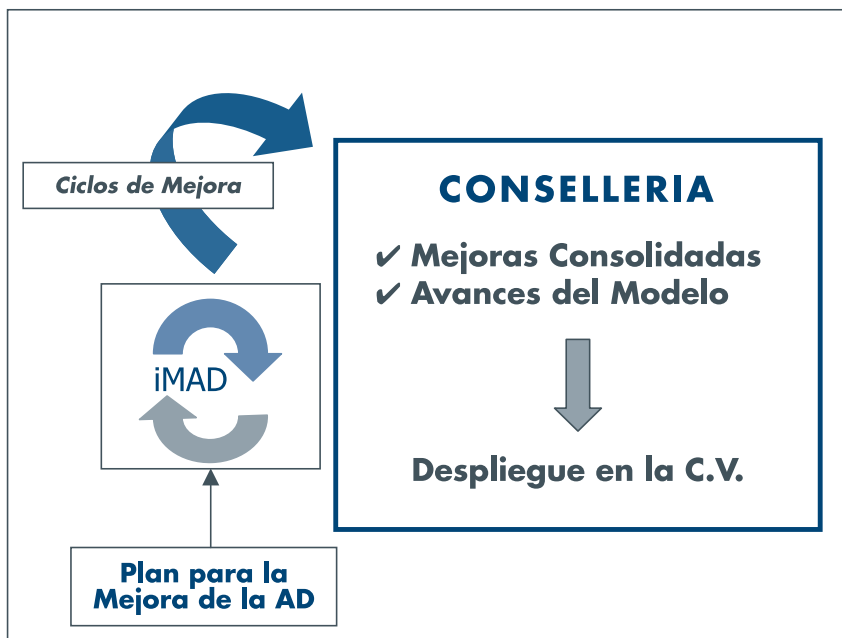


Tabla 5

	AÑO	Nº Areas Incorporados	Nº Areas Acumulados	Nº C. Salud Incorporados	Nº C. Salud Acumulados	Población Cubierta	% Población Cubierta
iMAD	2004	3	3	6	6	122.000	3%
	2005	4	7	14	20	550.000	12%
	2006	3	10	26	46	858.000	19%
	2007	4	14	75	121	2.257.000	51%
	2008	4	18	75	196	3.655.000	83%
	2009	2	20	41	237	4.421.000	100%

Tabla 6

**ALGUNOS ELEMENTOS DIFERENCIALES DEL MODELO INTEGRADO DE ATENCION DOMICILIARIA**

<b>Ambito</b>	<b>Tema</b>	<b>Dónde estamos</b>	<b>A dónde vamos</b>
<b>Liderazgo</b>	Configuración	Indefinido	SSCC, Directivos y Profesionales Sistema de Gestión específico para la AD
<b>Planificación</b>	Plan Estratégico	Ausente	Plan de Mejora con orientaciones y objetivos a cumplir
<b>Estructura</b>	Agentes	No identificados	5 agentes: PAD, UHD, SUEE, UBRhb y USM
	Configuración	Agentes Aislados	Red de Agentes Domiciliarios Sanitarios
	Relación entre Agentes	Desconexión	Cooperación
<b>Desarrollo</b>	Integración de actividades	Ausente	Modelo de integración funcional
	Orientación del Crecimiento	Objetivos de crecimiento interno de cada agente	Crecimiento interno de cada agente + integración funcional entre agentes
	Foco de atención	El agente: EAP, UHD, USM,...	El Paciente, el Cuidador y el Profesional
	Orientación de la Actividad	Orientación a crecimiento de actividad en cada agente	Orientación a resultados en pacientes y cuidadores obtenidos por todos los agentes
	Cartera de Servicios	Escasamente definidas Deficitaria	Carteras explícitas para cada agente Ampliada a Sv RHB, Salud Mental, Materno-Infantil, Cuidadores y Residencias
<b>Implicación profesional</b>	Participación	Escasa en el ámbito de la AD	Sistema específico de participación profesional
<b>Proceso Asistencial</b>	Estructuración de la atención	Práctica frecuentemente individual Protocolización por agente	Equipo interdisciplinar Mediante metodología de gestión por procesos Procesos asistenciales integrados entre agentes
	Continuidad	Fragmentación	Continuidad Informativa, Asistencial y Referencial

<b>Ambito</b>	<b>Tema</b>	<b>Dónde estamos</b>	<b>A dónde vamos</b>
<b>Sociosanitario</b>	Coordinación Sociosanitaria	Voluntariedad entre profesionales	Función Institucional: Tarea Directiva
<b>Alianzas</b>	Alianzas Comunitarias	Voluntariedad entre profesionales	Función Institucional: Tarea Directiva
<b>Sistemas de Información</b>	Sistema de Registro	Historia Clínica en papel por agente	H <sup>2</sup> C Electrónica compartida por los agentes domiciliarios y accesible desde el domicilio
	Sistema de Información	Escasa credibilidad Escasa utilización para gestión Ausencia de integración	Sistema de indicadores (Cuadros de Mando) Integración de diferentes SI (Actividad, Económico y SQR)
<b>Tecnología</b>	Sanitaria	Variable por agente	Catálogo por agente + Dotación + Formación
	Información / Comunicación	Variable por agente y profesional	Plataforma TIC estándar por agente
<b>Gestión del conocimiento</b>	Docencia	Iniciativa de cada profesional	Plan específico
	Formación	Iniciativa de cada profesional	Plan específico y personalizado
	Investigación + Innovación	Iniciativa de cada profesional	Plan específico
	Benchmarking	Escaso	Plan específico
	Búsqueda de actuaciones avaladas por evidencia científ.	Iniciativa de cada profesional	Grupos centrales de consenso profesional
	Nivel de normalización: guías, instrumentos, protocolos,...	Escaso Decisión personal de cada profesional	Exhaustivo y explícito Grupos centrales de consenso profesional entre agentes y disciplinas
<b>Comunicación</b>	Interna	Escasa	Planificada
	Externa	Ausente	Planificada



Tabla 7

**OBJETIVOS GENERALES DEL PLAN  
PARA LA MEJORA DE LA AD (PMAD)**

- 1.- Disponer de un nuevo modelo integrado de AD, basado en el desarrollo interno y la integración funcional de 5 agentes domiciliarios (PAD-UHD Urgencias-UBRh-USM) e implementado según los principios e instrumentos de la calidad total, que esté validado y consolidado en 3 Areas de Salud, a final de 2006.
- 2.- Lograr una cobertura por en nuevo modelo integrado de AD mayor del 50% de la población de la Comunidad Valenciana a final de 2007 (en torno a 2.250.000 habitantes), lo que supondrá atender aproximadamente a unos 45.000 pacientes y a sus cuidadores.

**ESTRUCTURA DEL PMAD**

- 6 Líneas Estratégicas
- 16 Areas a Desarrollar
- 40 Objetivos Estratégicos
- 127 Acciones para el logro de los objetivos

**LINEAS ESTRATEGICAS**

1. Obtener una **adecuada respuesta y cobertura de las necesidades** de AD
2. Potenciar la **actuación integrada de los agentes** domiciliarios
3. Mejorar la **calidad de los procesos asistenciales** domiciliarios
4. Potenciar la **implicación de los profesionales** en la AD
5. Potenciar a los **actores emergentes** en el ámbito de la AD
6. Mejorar el **liderazgo y los instrumentos de gestión** en A

## ÁREAS A DESARROLLAR

### 1.- *Obtener una adecuada cobertura de las necesidades de AD*

1. **Análisis de necesidades:** registros de beneficiarios; estudios de prevalencia; análisis de expectativas de beneficiarios y profesionales
2. **Cartera de Servicios:** delimitación y ampliación de cartera de servicios
3. **Recursos y Organización:** crecimiento ordenado de recursos; dotación tecnológica sanitaria y TICs, y desarrollo de mejoras organizativas

### 2.- *Potenciar la actuación integrada de los agentes domiciliarios*

4. Desarrollo de la **Integración Funcional**
5. Desarrollo de la **Coordinación Sanitaria**
6. Desarrollo de la **Coordinación Sociosanitaria**

### 3.- *Mejorar la calidad de los procesos asistenciales domiciliarios*

7. Mejorar la **Gestión del Conocimiento:** *Creación* (Innovación e Investigación); *Difusión* (Docencia); *Adquisición* (Formación y Benchmarking); *Normalización* (Conocimiento basado en Evidencia, Estandarización por consenso profesional); *Acceso* (TICs)
8. Incorporar los principios e instrumentos de la **Calidad Total y de la Gestión por procesos** en el ámbito de la AD

### 4.- *Potenciar la implicación de los profesionales en la AD*

9. Mejorar la **Satisfacción**
10. Mejorar la **Motivación**

### 5.- *Mejorar las garantías de permanencia de la AD, potenciando a los actores emergentes:*

11. El **Cuidador:** nuestro nuevo cliente
12. La **Comunidad:** nuestra nueva aliada
13. La **Enfermera:** nuestro profesional protagonista
14. La **Trabajadora Social:** nuestro profesional a reforzar

### 6.- *Mejorar el liderazgo y los instrumentos de gestión*

15. El **Liderazgo**
16. Los **Instrumentos:** Planes, Contratos y Acuerdos anuales  
Sistema de Información  
Sistema de Comunicación

**Línea Estratégica 1:** Obtener una adecuada respuesta y cobertura de las necesidades de AD, mejorando la oferta de servicios y la red asistencial que los presta e incorporando en su diseño las expectativas de pacientes, cuidadores y profesionales.

Áreas a Desarrollar	Estrategias Corporativas	Objetivos	Acciones para el desarrollo de los Objetivos	
<b>Análisis de Necesidades</b>	Mejorar el conocimiento de necesidades de AD y de las expectativas de pacientes, cuidadores y grupos de interés (GI)	1.	Identificar y cuantificar las necesidades de AD	
		2.	1. Crear un registro de pacientes y cuidadores por zona y área de salud	
			2. Incorporar medición de necesidades de AD a encuestas poblacionales (Enc. de Salud, ...)	
<b>Cartera de Servicios</b>	Diseñar y disponer de una Cartera de Servicios adecuada a las necesidades de AD	3.	Profundizar en el conocimiento de las expectativas de los beneficiarios y GI	
			3.	Realizar un estudio de expectativas de pacientes, cuidadores y disciplinas profesionales
			4.	4. Diseño y desarrollo de servicios domiciliarios de Rehabilitación
				5. Diseño y desarrollo de servicios domiciliarios de Salud Mental
		6. Diseño y desarrollo de servicios domiciliarios en el Área Materno-Infantil		
		4.	7. Diseño y desarrollo de servicios domiciliarios en Residencias	
			8. Definir una Cartera de Servicios específica por Agente	
<b>Recursos y organización</b>	Adecuar los Recursos a las necesidades de AD	5.	Dotar de la adecuada Tecnología Sanitaria	
			9. Elaborar un catálogo de tecnología diagnóstica y terapéutica por agente	
		6.	Impulsar la dotación y el uso de las Tecnologías de Información y Comunicación, que facilite la comunicación entre beneficiarios y sus profesionales, de los profesionales entre sí y el acceso al conocimiento	10. Proceder a su dotación y a la formación de profesionales
				11. Definición y dotación de plataforma de tecnología informática por agente
				12. Desarrollo de un módulo de AD en como estándar de Historia Clínica Electrónica (HCE) compartida por todos los agentes de AD.
				13. Desarrollar la interconectividad de módulo de AD de Abucasis II con la HCE Hospitalaria y sus unidades de exploraciones complementarias.
				14. Incorporar ordenadores de mano (PDA, TabletPC u otros) al trabajo en domicilio y desarrollar su accesibilidad a la HCE.
				15. Definición y dotación de plataforma telefónica fija y móvil por agente

Línea Estratégica 1: Obtener una adecuada respuesta y cobertura de las necesidades de AD, mejorando la oferta de servicios y la red asistencial que los presta e incorporando en su diseño las expectativas de pacientes, cuidadores y profesionales.						
Áreas a Desarrollar	Estrategias Corporativas	Objetivos	Acciones para el desarrollo de los Objetivos			
Recursos y Organización	Adecuar los Recursos a las necesidades de AD	7. Mejorar la prestación sanitaria domiciliaria relativa al material ortoprotésico, ayudas técnicas, material fungible y equipamiento médico domiciliario de larga duración	16.	Revisar y actualizar el catálogo de material ortoprotésico desde la óptica de las necesidades de la AD.		
			17.	Elaborar un catálogo de ayudas técnicas desde la óptica de las necesidades de la AD, clarificar la financiación sanitaria o social y establecer el modelo de gestión.		
			18.	Mejorar la gestión (prescripción, préstamo, distribución, recuperación y mantenimiento) del material ortoprotésico y de aquellas ayudas técnicas del catálogo actualizado que sean de responsabilidad sanitaria. Explorar solución vía empresa de servicios o vía creación de centrales de gestión de material ortoprotésico y ayudas técnicas de carácter público.		
			19.	Regular, para el colectivo específico de pacientes incluidos en AD, el suministro de material de curas y fungible en general, no incluido en la oferta de la Seg.Social y que sea necesario para la adecuada atención del paciente domiciliario, a través de su CS.		
			20.	Mejorar la gestión del equipamiento médico domiciliario de larga duración: oxigenoterapia, terapias respiratorias, diálisis peritoneal domiciliaria y otras.		
		8.	Redimensionar los agentes actuales y sus recursos humanos para asumir la carga de servicios domiciliarios	21.	Desarrollar criterios corporativos para la dotación de RRHH por agente: estándares de servicios, coberturas, cargas de trabajo por tipología, y productividad	
				22.	Proceder a redimensionar los RRHH de cada agente en función de los criterios corporativos y a reequilibrar las cargas de trabajo entre profesionales dentro de cada agente	
		9.	Abordar los crecimientos futuros necesarios para completar las coberturas de AD	23.	Lograr que el 100% de EAPs actuales y futuros desarrollen el PAD	
				24.	Desarrollar la línea de HAD pediátrica en las UHD del H. Clínico y General de Alicante y ampliar a todo tipo de niños la UHD Oncología Pediátrica del H. La Fe, para cumplir con el Plan Oncológico	
				25.	Crear las UHDs de Vinaroz, General Castellón, La Plana, Requena, Vilajoirosa y S. Juan en el marco del modelo integrado de AD	
				26.	Abordar los crecimientos necesarios en unidades específicas de Rehabilitación y de Salud Mental según sus respectivos planes	
		10.	Desarrollar mejoras de organización en los agentes de AD	27.	Desarrollo de estrategias de incremento del tiempo asistencial domiciliario y de mejora del funcionamiento interno de los agentes	
				28.	Rediseñar e incrementar la función de soporte al PAD por parte de las UHD, USM,...	

Línea Estratégica 2: Potenciar la actuación integrada de los agentes inmobiliarios				
Áreas a Desarrollar	Estrategias Corporativas	Objetivos	Acciones para el desarrollo de los Objetivos	
Integración Funcional	Desarrollar una estructura de gestión específica para la AD	11. Desarrollar un Sistema Integrado de Dirección de la AD	29.	Elaborar y poner en marcha el organigrama para la dirección integrada de la AD
			30.	Documentar los procedimientos de funcionamiento: normalización de reuniones, actas, documentos,...
		12. Desarrollar un Sistema de Participación Profesional que aborde el desarrollo integrado de contenidos técnicos y de la práctica asistencial	31.	Constituir y poner en funcionamiento un sistema de Comités Técnicos, Grupos Asesores y Grupos de Trabajo de composición mixta
			32.	Documentar los procedimientos de funcionamiento: normalización de grupos, reuniones, actas, documentos,...
Coordinación Sanitaria	Reforzar la Coordinación Sanitaria	13. Diseñar y operativizar circuitos asistenciales entre agentes y garantizar la continuidad informativa, asistencial y referencial	33.	Diseñar una Historia Domiciliaria que permanezca en el domicilio del paciente y que esté permanentemente actualizada
			34.	Diseño e implementación de la coordinación PAD - UHD (PADI)
			35.	Diseño e implementación de la coordinación PADI – SUEE (Sistema de Urgencias y Emergencias Extrahospitalarias)
			36.	Diseño e implementación de la coordinación PADI – Hospital de Agudos
			37.	Diseño e implementación de la coordinación PADI - Hospital Media Larga Estancia
			38.	Diseño e implementación de la coordinación PADI - U.B. Rehabilitación
			39.	Diseño e implementación de la coordinación PADI - U.S. Mental
Coordinación Socio-Sanitaria	Reforzar la Coordinación Socio-Sanitaria	14. Mejorar la coordinación "social" entre agentes y niveles sanitarios primario y especializado	40.	Establecer y aplicar dentro de cada agente, los criterios de derivación al T. Social por parte del resto de profesionales
			41.	Establecer y aplicar criterios, soportes documentales y procedimientos de derivación mutua entre los agentes del nivel primario y especializado
			42.	Institucionalizar la coordinación social entre niveles sanitarios
		15. Mejorar la coordinación entre sector sanitario y social	43.	Elaborar-actualizar las guías de recursos sociales, voluntariado y grupos de ayuda mutua y mejorar, en su caso, los mecanismos de acceso informático a las mismas.
			44.	Establecer y aplicar criterios, soportes documentales y procedimientos de derivación mutua entre los T. Sociales del sector sanitario y social
		45.	Impulsar, junto con el Servicio de Asistencia Sociosanitaria, la creación - funcionamiento de Comisiones Interinstitucionales de Coordinación Sociosanitaria a nivel Área de Salud entre Direcciones Integradas de AD, Ayuntamientos y Direcciones Territoriales de Bienestar Social:	

Línea Estratégica 3: Mejorar la calidad de los procesos asistenciales					
Áreas a Desarrollar	Estrategias Corporativas	Objetivos	Acciones para el desarrollo de los Objetivos		
Gestión del Conocimiento	<b>Crear Conocimiento:</b> Fomentar la innovación y la investigación en AD, y su desarrollo en un marco cooperativo entre agentes domiciliarios	16.	Impulsar el desarrollo de innovaciones tecnológicas y organizativas orientadas a la mejora de la relación entre beneficiarios y profesionales, y entre profesionales	46.	Explorar Consulta Telefónica
				47.	Explorar Central de Llamadas Telefónicas (Call Center)
				48.	Pilotar la incorporación de la Telemedicina en el ámbito domiciliario en un Area
				49.	Explorar Modelos Organizativos de Enfermería EAP: Responsables de AD; Enfermería de Enlace; Adaptación modelos extranjeros
				50.	Explorar función de "Gestión de Casos"
		51.	Explorar gestión de camas en Residencias por parte de PAD-UHD		
		17.	Elaborar y poner en marcha un Plan de Investigación en AD	52.	Establecer las necesidades y prioridades de investigación en AD: Definir el mapa de investigación en AD
				53.	Identificar proyectos en curso en materia de AD e integrarlos en el marco del Plan
				54.	Impulsar de líneas concretas de investigación clínica en AD, reforzando la creación de redes cooperativas y el apoyo técnico
				55.	Reforzar y agrupar la financiación a la investigación en AD.
	<b>Adquirir Conocimiento:</b> Fomentar el acceso al conocimiento mediante un fuerte impulso de la Formación y del Benchmarking	18.	Elaborar y poner en marcha un Plan de Formación, con énfasis en los ámbitos de la geriatría, la paliación, la atención a la dependencia, los cuidadores y las metodologías	56.	Establecer los mapas de competencias profesionales (conocimientos, habilidades y actitudes) de cada disciplina y agente de AD
				57.	Individualizar la necesidades de formación en base al mapa de competencias y vincular el acceso del profesional a su compromiso con la AD
				58.	Desarrollar planes anuales de formación con carácter descentralizado y vinculados a necesidades concretas para el avance de la AD
				59.	Crear una vía específica de financiación
				19.	Elaborar y poner en marcha un Plan de Benchmarking
		61.	Propiciar intercambio de información, experiencias y visitas de trabajo a nivel interno entre agentes (rotatorios) y externo (CCAA)		
		62.	Crear puntos de encuentro internos: sistematizar reunión anual de AD en el ámbito de la CV con inicio en 2005		
		63.	Crear puntos de encuentro externos: realizar una reunión de AD de ámbito nacional en 2006		
		64.	Establecer un sistema de "tutoriaje" entre agentes veteranos y nuevos para el despliegue del nuevo modelo integrado de AD		

Línea Estratégica 3: Mejorar la calidad de los procesos asistenciales					
Áreas a Desarrollar	Estrategias Corporativas	Objetivos	Acciones para el desarrollo de los Objetivos		
Gestión del Conocimiento	Difundir el Conocimiento: Fomentar la extensión del conocimiento	20.	Elaborar y poner en marcha la colaboración con Planes Docentes Pre y Postgrado	65.	Pregrado: formalizar e implementar la colaboración en programas de Enfermería, Auxiliares de Enf., Enf. de Salud Mental, Matronas, Fisioterapia, Trabajo Social y Medicina
				66.	Postgrado: formalizar e implementar la colaboración en programa MIR (Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina Interna, Geriátría y Oncología-Paliativos)
	Normalizar el Conocimiento Proceder a la normalización del conocimiento	21.	Disponer del conocimiento actualizado en base a las evidencias científicas disponibles, normalizado mediante consenso profesional	67.	Formación en acceso al conocimiento científico basado en la evidencia y en lectura crítica de literatura científica.
				68.	Normalizar las taxonomías de las diferentes disciplinas implicadas en la AD
				69.	Normalizar las escalas de medida y los instrumentos de valoración integral de pacientes y cuidadores en AD
				70.	Normalizar las tareas asistenciales (protocolos, guías, planes de cuidados, intervenciones sociales,...)
	Acceder al Conocimiento: Dotar de tecnologías de acceso y de trabajo virtual	22.	Dotar de un instrumento virtual para la Gestión del Conocimiento en AD	71.	Elaboración de un Portal (web) de Gestión del Conocimiento en AD con intranet para trabajo virtual.
72.				Facilitar el acceso de los profesionales a bases de datos y a revistas electrónicas.	
Calidad Total y Gestión por Procesos	Aplicar el Conocimiento Incorporar al desarrollo de la AD los principios e instrumentos de la gestión de la calidad total y la gestión por procesos	23.	Estructurar la atención mediante la metodología de "gestión por procesos" y asegurar la mejora continua	73.	Formación en Principios e Instrumentos de la Calidad Total y Gestión por Procesos
				74.	Realizar el mapa de procesos de AD
				75.	Implantar la gestión por procesos
				76.	Garantizar la mejora continua de los procesos

Línea Estratégica 4: Potenciar la implicación de los Profesionales				
Áreas a Desarrollar	Estrategias Corporativas	Objetivos	Acciones para el desarrollo de los Objetivos	
<b>Satisfacción Profesional</b>	Mejorar la satisfacción de los profesionales en el ejercicio de la AD	24. Introducir medidas que favorezcan la satisfacción profesional en el ejercicio de la AD	77.	Mejorar la planificación de las plantillas en coherencia con las necesidades de AD y reequilibrar las cargas de trabajo de los profesionales evitando agravios comparativos intraequipos y entre agentes
			78.	Dotar de medios, instalaciones y tecnología necesarios para un correcto desempeño de su labor
			79.	Uso de sustituciones para formación y rotatorios
			80.	Disponer de un sistema de prevención de riesgos laborales
<b>Motivación Profesional</b>	Mejorar la motivación de los profesionales para el desarrollo de la AD	25. Introducir medidas que favorezcan la motivación profesional para el desarrollo de la AD	81.	<b>Formación:</b> proporcionar acceso a formación personalizada
			82.	<b>Participación:</b> posibilitar incorporación a Grupos de Trabajo (GEMs) y Comités Técnicos
			83.	<b>Comunicación:</b> incrementar la información y la comunicación interna, abierta y transparente
			84.	<b>Delegación y asunción de responsabilidades:</b> crear una Red Responsables de AD; crear la figura de Gestores de Proceso; asignar a la Enfermería de EAP la responsabilidad del PAD
			85.	<b>Docencia:</b> posibilitar participación en docencia y la remuneración por la misma
			86.	<b>Reconocimiento:</b> expresar y certificar el reconocimiento a personas y grupos, y consideración del mismo en Curriculum
			87.	<b>Incentivación:</b> diseñar e incorporar indicadores y objetivos del ámbito de la AD como elementos a considerar en cualquier proceso de incentivación que se establezca y que afecte a los agentes domiciliarios



**Línea Estratégica 5: Mejorar las garantías de permanencia de la AD, potenciando el protagonismo de los actores emergentes y las alianzas con los grupos e instituciones comunitarias.**

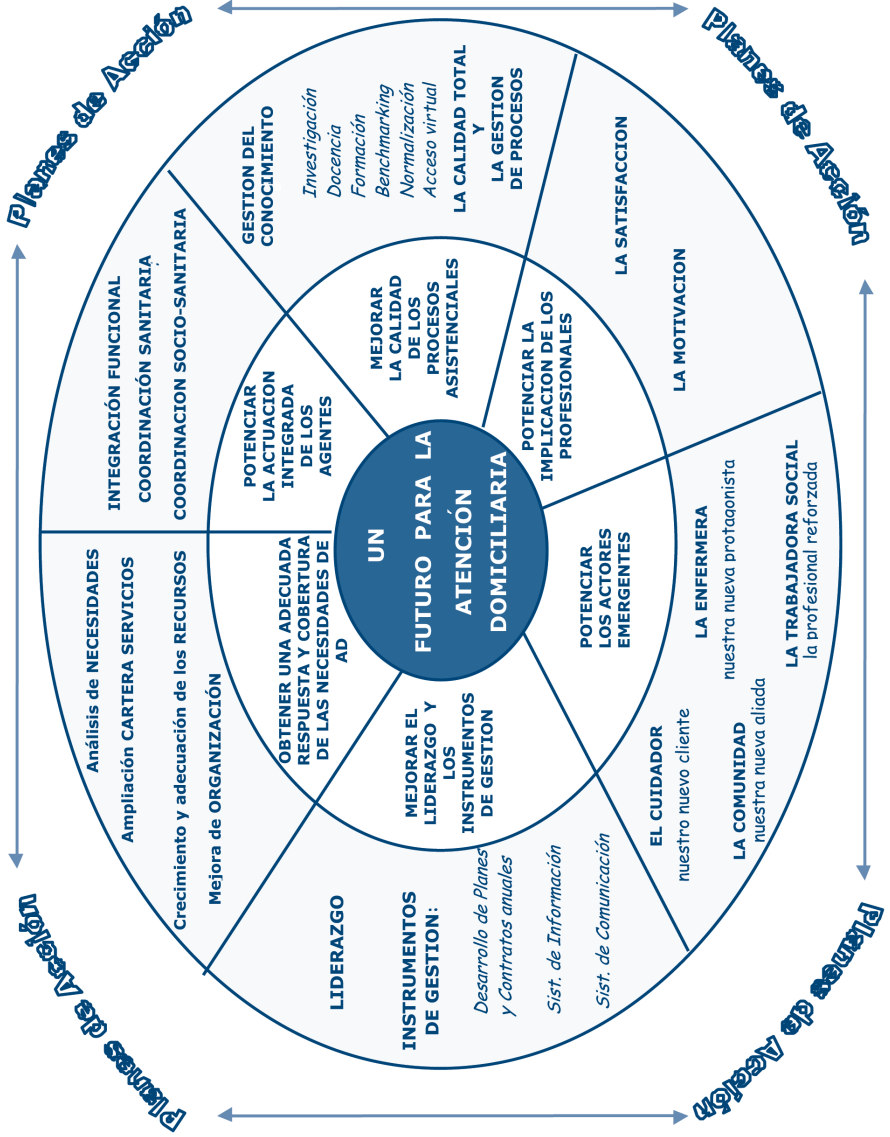
Áreas a Desarrollar	Estrategias Corporativas	Objetivos	Acciones para el desarrollo de los Objetivos
<b>Cuidador</b>	Considerar al cuidador como nuestro nuevo cliente y como objeto de análisis e intervenciones específicas	26. Elaborar y poner en marcha un Plan de atención integral a la salud del cuidador	88. Potenciar la identificación por parte de los profesionales de la condición de cuidador como factor de riesgo, tanto en consulta como en domicilio
			89. Elaborar y validar instrumentos de valoración específicos
			90. Elaborar y aplicar una línea de atención integral a la salud del cuidador, como desarrollo de su consideración de paciente secundario
		27. Elaborar y poner en marcha un Plan de capacitación del cuidador	91. Elaborar y aplicar un programa de capacitación adaptado a los diferentes perfiles de cuidadores y que aborde estrategias para saber cuidar y para saber cuidarse
			92. Potenciar la formación de los profesionales para que incorporen en su práctica domiciliaria estrategias de capacitación y apoyo al cuidador
		28. Elaborar y poner en marcha un Plan de apoyo al cuidador	93. Impulsar propuestas desde Sanidad para el desarrollo de servicios de apoyo en el Sector Social a nivel de prestaciones básicas (SAD, Teleasistencia, Eliminación de barreras arquitectónicas,...)
			94. Impulsar propuestas desde Sanidad para el desarrollo de servicios de apoyo en el Sector Social a nivel de prestaciones especializadas para "respiro" familiar ( Estancias temporales de pacientes en Residencias, Centros de Día,...)
			95. Realizar una experiencia de hospitalización de pacientes domiciliarios para descanso familiar en un Hospital de la CV en periodo estival.
		<b>Grupos Comunitarios</b>	Potenciar las Alianzas con grupos y organizaciones comunitarias
97. Explorar y formalizar en su caso, acuerdos de colaboración con asociaciones de voluntariado (ONGs)			
30. Potenciar la colaboración con Grupos de Ayuda Mutua (GAM)	98. GAM: identificar y movilizar desde los agentes domiciliarios a los Grupos de Ayuda Mutua a nivel local y asociaciones formales: Parkinson, Alzheimer, Asociación Española Contra el Cáncer, CARENA, ADELA, ...		
	99. Explorar y formalizar en su caso, acuerdos de colaboración con GAMs		
	100. Impulsar la creación de GAM constituidos por antiguos cuidadores		

Línea Estratégica 5: Mejorar las garantías de permanencia de la AD, potenciando el protagonismo de los actores emergentes y las alianzas con los grupos e instituciones comunitarias.					
Áreas a Desarrollar	Estrategias Corporativas	Objetivos	Acciones para el desarrollo de los Objetivos		
<b>Grupos Comunitarios</b>	Potenciar las Alianzas con grupos y organizaciones comunitarias	31. Potenciar la colaboración formal con Organizaciones e Instituciones Comunitarias	101.	Explorar y formalizar en su caso, la colaboración con proyectos de organismos de la Generalitat Valenciana: EVES; Area de Modernización, Gestión de Calidad e Inspección de Servicios; DG Telecomunicaciones e Investigación; ....	
			102.	Explorar y formalizar en su caso, convenios de colaboración con Instituciones Públicas: Universidad,...	
			103.	Establecer y formalizar en su caso, acuerdos de colaboración con Instituciones Privadas: Fundaciones de empresas,...	
			104.	Establecer y formalizar en su caso, acuerdos de colaboración con Sociedades Científico-Profesionales: SVMFIC, SVHAD, Colegios Profesionales	
<b>Enfermera</b>	Potenciar el desarrollo profesional y su protagonismo en AD	32. Impulsar el desarrollo profesional de Enfermería	105.	Normalización de la Metodología de Cuidados: Valoración (Patrones Funcionales de M. Gordon), de Taxonomías de Diagnósticos (NANDA), de Intervenciones (NIC) y de Resultados (NOC).	
			33. Potenciar el protagonismo de la enfermera en AD y asignar a la enfermería de APS la responsabilidad del desarrollo del PAD	106.	Potenciación del papel de la enfermera en AD
				107.	Asignación a Enfermería de APS (Directoras de Area, Coordinadoras de CS, Responsables de AD –en su caso- y Enfermeras de EAP) de la responsabilidad específica del desarrollo del PAD. Despliegue de funciones, actividades,...
<b>Trabajadora Social</b>	Potenciar el desarrollo profesional y reforzar su papel en AD	34. Incorporar a la Auxiliar de Enfermería a la AD	108.	Explorar la viabilidad y, en su caso, pilotar la incorporación de la Auxiliar de Enfermería a la AD	
			35. Impulsar el desarrollo profesional de la TS	109.	Normalización de la metodología de Trabajo Social
		36. Reforzar el papel de la TS en la AD		110.	Rediseño del perfil profesional y responsabilización: valoración e intervención social; coordinación sociosanitaria; movilización/gestión del Voluntariado y GAM , y gestión del acceso a las prestaciones y recursos sociales.

Línea Estratégica 6: Mejorar el liderazgo y los instrumentos de gestión en AD.				
Áreas a Desarrollar	Estrategias Corporativas	Objetivos	Acciones para el desarrollo de los Objetivos	
Liderazgo	Mejorar el liderazgo en AD, potenciando la función impulsora de los equipos directivos y la emergencia de líderes profesionales	37. Mejorar el liderazgo en AD	111.	Promover la implicación expresa de la línea directiva como promotora e impulsora de los cambios y fomentar un estilo de liderazgo motivador y profesionalizado
			112.	Potenciar las Direcciones de Enfermería, especialmente de Atención Primaria, como líderes en el desarrollo de la AD.
			113.	Rediseñar la función de los mandos intermedios: Coordinadores / Supervisores, e impulsar su liderazgo.
			114.	Crear y poner en marcha de una Red de Responsables de AD entre agentes domiciliarios
Instrumentos de Gestión	Mejorar los instrumentos de gestión en el ámbito de la AD de forma que se facilite su desarrollo y se garantice la integración funcional	38. Desarrollar instrumentos de planificación y gestión específicos para la AD	115.	Crear el Plan Operativo anual de AD por Área de Salud
			116.	Desarrollar la AD en los Contratos Anuales de Gestión (Contratos de Gestión, Contratos Programa,...) con los Equipos Directivos de los agentes domiciliarios.
			117.	Desarrollar la AD en los Acuerdos de Objetivos de los Equipos Directivos con cada agente domiciliario.
	39. Desarrollar y potenciar los Sistemas de Información específicos para la AD	118.	Diseñar y mecanizar sistema de indicadores para seguimiento del PMAD	
		119.	Revisar, rediseñar en su caso, y mejorar la mecanización de los SI actuales de cada uno de los 5 tipos de agentes domiciliarios.	
		120.	Desarrollar y mecanizar el sistema de información económica (SIE) para la AD, definiendo catálogos de actividades por agentes domiciliarios y estableciendo los mecanismos que permitan conocer sus costes.	
		121.	Incorporar la AD al SI de Sugerencias, Quejas y Reclamaciones (SQR) y a los estudios de satisfacción	
		122.	Integrar la información procedente de los SI de Actividad, Económico y SQR	
	40. Mejorar los Sistemas de Comunicación en AD, potenciando especialmente la comunicación interna	123.	<b>Interna:</b> Desarrollar y aplicar una estrategia de comunicación dirigida a directivos y profesionales que asegure la comprensión de la estrategia definida en el PMAD, las acciones realizadas y la secuencia de actividades prevista.	
		124.	<b>Interna:</b> Poner a disposición de gestores y profesionales afectados por el PMAD cuadros de indicadores que faciliten el seguimiento de los avances en su implementación.	
		125.	<b>Externa:</b> Dar a conocer el PMAD y sus avances a grupos de interés (Sociedades Científico-Profesionales, Asociaciones de Enfermos; ...) con objeto de objetivo de informar y obtener su apoyo	
		126.	<b>Externa:</b> Desarrollar la imagen o identidad corporativa de la AD	
		127.	<b>Externa:</b> Dar a conocer los servicios domiciliarios a la población	



**Agencia Valenciana de Salud**







**II** Plan para la  
Mejora de la  
Atención  
Domiciliaria en  
la Comunidad  
Valenciana,  
2004-2007





El presente documento pretende dar respuesta a 7 cuestiones que orienten el desarrollo de la AD en la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana:

- 1.- ¿Qué factores determinan la situación de la AD en nuestra Comunidad?
- 2.- ¿Qué estrategia general debemos adoptar para la mejora de la AD?
- 3.- ¿Qué modelo de AD queremos desarrollar en la Conselleria de Sanitat?
- 4.- ¿Qué debemos hacer para conseguirlo?
- 5.- ¿Cómo tenemos de hacerlo?
- 6.- ¿Qué objetivos y plazos nos damos?
- 7.- ¿Qué beneficios esperamos obtener para los pacientes y sus cuidadores?

## **1.- ¿QUÉ FACTORES DETERMINAN LA SITUACIÓN DE LA AD EN NUESTRA COMUNIDAD?**

### **DEMANDA Y NECESIDADES DE AD**

El envejecimiento progresivo de la población, los cambios en el patrón de morbilidad y el aumento del grado de dependencia, hacen que una buena parte de nuestros pacientes necesite recibir la

atención en sus propios domicilios porque no pueden desplazarse al centro de atención o, en otros casos, porque su domicilio es su mejor lugar terapéutico.

Esta situación es cada día más patente en ciertos colectivos: el aumento de los pacientes ancianos frágiles o con perfil geriátrico, enfermos crónicos avanzados, enfermos mentales, pacientes en fase terminal, posthospitalizados, ... cuyo grado de invalidez y limitaciones graves de la movilidad, generan una creciente demanda de servicios domiciliarios, tanto de naturaleza sanitaria como social.

Habitualmente, las necesidades que presenta la mayoría de este colectivo son complejas y permanentes, caracterizadas entre otras por:

- ✓ Fuerte carga de enfermedad (cronicidad, pluripatología, polimedicación, ...).
- ✓ Dependencia moderada o grave para valerse por sí mismo.
- ✓ Normalmente son situaciones de larga duración.
- ✓ A menudo se trata de situaciones crónicas “incurables”, para las que el objetivo prioritario es aumentar el conocimiento sobre el manejo de la enfermedad, prevenir complicaciones, retrasar el deterioro funcional y mejorar la calidad de vida.
- ✓ En otros casos, se trata de atención a pacientes terminales.
- ✓ Presentan una evolución imprevisible por los frecuentes cambios de estado tanto del paciente, como del cuidador o del entorno.
- ✓ Frecuentemente se acumulan problemas biológicos, funcionales, mentales y sociales.

Por otra parte, los cuidadores asumen la mayor parte de la atención dedicando un esfuerzo importante al cuidado de sus familiares enfermos, viendo alterada con frecuencia su vida personal, familiar y laboral, y afectada su propia salud por el hecho mismo de cuidar. Además, con los cambios de la estructura familiar y la incorporación de la mujer al trabajo, entre otros factores, asistimos a una disminución progresiva de cuidadores (mayoritariamente mujeres). Sin un apoyo suficiente de cuidadores, el propio desarrollo de la AD puede verse seriamente comprometido.

## OFERTA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

- La AD es el “conjunto de actividades sanitarias y sociales que se desarrollan en el domicilio”.
- Existen multitud de proveedores formales e informales de servicios domiciliarios que actúan en el ámbito de la AD (Tabla 8).
- Los proveedores formales pueden ser sanitarios y sociales. Existe una doble dependencia: los proveedores sanitarios dependen de la Conselleria de Sanitat, mientras que los proveedores sociales dependen de la Conselleria de Bienestar Social y de las Corporaciones Locales.
- Los proveedores informales (los cuidadores en general) aportan la mayor parte de los cuidados y, sin embargo, captan muy poco interés y escaso apoyo por parte de los recursos formales.
- Cada proveedor, formal o informal, aporta un tipo de servicios que les son específicos.

Tabla 8

## PROVEEDORES DE ATENCIÓN DOMICILIARIA (AGENTES)

### Servicios Sanitarios

- **At. Primaria**

- EAP y Modelo Tradicional a través del Prg. At. Domiciliaria
- Unidades de Apoyo: UB Rehabilitación, U. Apoyo Diagnóstico

- **At. Especializada:**

- Unidades Hospitalarias Domiciliarias
- Unidades de Salud Mental

- **At. Urgente:**

- Recursos del Sistema de Urgencias y Emergencias Extrahospitalarias: SAMU, USVB, PAS, PAC y su coordinación (CICU)

### Servicios Sociales

- Equipos Sociales de Base y recursos propios
- Entidades prestadoras de Servicios de Ayuda a Domicilio
- Entidades prestadoras de Servicios de Teleasistencia,...

### Cuidadores

#### Voluntariado

- Voluntariado local: asociaciones de vecinos, grupos de familiares de enfermos,...
- Voluntariado formal (ONGs): Cruz Roja, Cáritas, Unión Democrática de Pensionistas,...
- Grupos de Ayuda Mutua: asociaciones constituidas de Parkinson, Alzheimer, Cáncer, Espina Bífida, Ostomizados,...

#### Empresas privadas:

- Equipamiento médico: terapias respiratorias y otras
- Material ortoprotésico y ayudas técnicas
- Otras

## CARACTERÍSTICAS DE LA SITUACIÓN ACTUAL

- Las características patológicas de los pacientes domiciliarios, el acúmulo de problemas de índole sociosanitaria, su duración en el tiempo y los frecuentes cambios de estado, así como la problemática propia de sus cuidadores, requiere de un conjunto amplio de servicios prestados simultánea o secuencialmente por múltiples agentes formales.
- Esta multiplicidad de patologías, de servicios a prestar, de agentes y su doble dependencia, genera un contexto en el que proporcionar una AD de calidad es una tarea compleja.
- Frente a las tendencias del entorno que muestran un incremento permanente de las necesidades de AD y la naturaleza compleja de las mismas, dos cuestiones parecen claras:
  1. Que la AD está llamada a convertirse en uno de los eslabones más importantes de nuestro sistema sanitario.
  2. Se constata que una única disciplina, un único agente o un único sector es raramente capaz de prestar la totalidad de servicios que pacientes y cuidadores necesitan, ya sea en un episodio o a lo largo del tiempo. Por lo tanto, los profesionales y agentes son cada vez más “interdependientes” para poder prestar la diversidad de servicios requeridos para una AD integral y de calidad. Como consecuencia de lo anterior, la AD deberá ser necesariamente multiservicios, interdisciplinar, compartida, coordinada entre varios agentes, e intersectorial.
- Sin embargo y frente a estas circunstancias (que están presentes con mayor o menor intensidad en toda España y en todos los países desarrollados), la realidad que se observa en nuestros sistemas sanitarios en los últimos tiempos es que:
  1. Se han orientado hacia la especialización y la fragmentación, con el corolario de interdependencia creciente, dificultades de coordinación y falta de continuidad.

2. Han privilegiado el modelo preventivo-curativo, con escasa consideración al modelo rehabilitador-paliativo.
3. Los hospitales de agudos han evolucionado hacia centros de alta tecnología diagnóstica y terapéutica, con estancias cada vez más reducidas para todo tipo de procesos, y vienen desarrollando con este fin nuevas fórmulas asistenciales (unidades de corta estancia, cirugía ambulatoria, consultas de alta resolución, hospitales de día, hospital a domicilio,...) que acaban generando un volumen creciente de enfermos que permanecen en su entorno familiar con más carga de enfermedad y de cuidados.

## **2.- ¿QUÉ ESTRATEGIA GENERAL DEBEMOS ADOPTAR PARA LA MEJORA DE LA AD?**

Somos conscientes de que si no mejoramos la AD de estos enfermos y si no cuidamos y apoyamos a sus cuidadores, la evolución previsible será el aumento de las necesidades de internamiento sanitario o social, sabiendo además que la institución no es habitualmente el mejor lugar terapéutico ni la opción más deseada por los pacientes y sus familiares.

Reconocemos que se han hecho esfuerzos en los últimos años para mejorar cualitativa y cuantitativamente los servicios sanitarios domiciliarios. De hecho, la actividad domiciliaria en nuestra organización ha aumentado sistemáticamente cada año y cinco tipos de agentes han contribuido a ello:

- 1.- Los Equipos de Atención Primaria a través del programa de AD (PAD)
- 2.- Las Unidades Hospitalarias Domiciliarias (UHD),
- 3.- Los Recursos del Sistema de Urgencias y Emergencias Extrahospitalarias (SUEE).
- 4.- Las Unidades de Salud Mental (USM) y

## 5.- Las Unidades Básicas de Rehabilitación (UBRh).

En nuestra organización, al igual que en el contexto internacional antes mencionado, este crecimiento también se ha caracterizado mayoritariamente por el desarrollo autónomo de cada agente, la fragmentación asistencial y la escasa coordinación sociosanitaria.

Según la OMS, una tendencia común en las recientes reformas de los sistemas sanitarios a nivel europeo e internacional es el énfasis en modelos de integración en la provisión de servicios como estrategia para superar las deficiencias asociadas a la fragmentación y para la mejora de la calidad de la atención.

Por lo tanto, en línea con lo anterior y para mejorar la AD en nuestra comunidad, la Conselleria opta por una estrategia basada en (Tabla 9):

**Tabla 9**

<p style="text-align: center;"><b>ESTRATEGIA GENERAL PARA LA MEJORA DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li><b>1. Potenciar y consolidar la prestación domiciliaria de los agentes sanitarios actuales</b></li><li style="text-align: center;"><b>y</b></li><li><b>2. Proceder a una integración de su actuación.</b></li></ol>
---

### **Bases de la estrategia de integración**

Dado que existe *interdependencia* entre profesionales y agentes para proporcionar la amplia gama de servicios requeridos, todos se necesitan mutuamente para proporcionar una AD de calidad, por lo que la cooperación se sitúa en el centro de la problemática de la integración.

La *cooperación* es el modo de relación que profesionales y agentes, en situación de interdependencia, tienen tendencia a privilegiar frente a la rivalidad o a la competencia. Se aumentan las probabilidades de cooperación cuando profesionales y directivos:

- Son partícipes de un proyecto colectivo, tienen una visión compartida sobre el modo más adecuado de organizar los servicios, disponen de unos valores y de una filosofía de intervención común.
- Evalúan positivamente el trabajo de los otros actores (respeto mutuo).
- Llegan a acuerdos sobre la distribución de sus respectivos ámbitos de atribuciones y de actividades.
- Se encuentran en un contexto organizativo favorable.

El grado de cooperación dependerá de las necesidades de coordinación del proyecto colectivo que les lleva a actuar conjuntamente. A mayor complejidad de los pacientes e incertidumbre en su evolución, mayor gama de servicios requeridos, mayor interdependencia entre profesionales y agentes, más coordinación se necesita y más estrecha deberá ser la cooperación.

La *coordinación* es el conjunto de acuerdos entre profesionales y agentes necesarios para conseguir la continuidad.

Entendemos que la *continuidad* entre profesionales y agentes tiene tres aspectos esenciales a construir, mantener y mejorar:

▪ *Continuidad Informativa:*

La información es el elemento que enlaza la atención de un agente a otro:

- ✓ Supone consensuar los contenidos informativos a transmitir.
- ✓ Supone que cada agente disponga en tiempo y forma de los contenidos informativos consensuados, en el formato y por el canal acordados.
- ✓ Supone que la información transmitida a pacientes y cuidadores no es contradictoria entre agentes.



▪ *Continuidad Asistencial:*

- ✓ Supone la existencia de unos agentes con una cartera de servicios y de tecnología establecidas que aplican una atención coherente y complementaria en función de la complejidad de los pacientes.
- ✓ Supone que no hay escalones, ni interrupciones, ni vacíos asistenciales entre agentes gracias a la existencia de planes de actuación compartida y criterios de derivación mutua que establecen las guías que determinan qué se debe hacer, y cuando y cómo debe intervenir cada agente en función de la complejidad de la situación.
- ✓ Supone tener flexibilidad, es decir, rapidez de respuesta para adaptarse a los frecuentes cambios de estado y disponibilidad para asumir déficits de otros agentes domiciliarios en beneficio de los pacientes y de sus cuidadores (apoyo mutuo).

▪ *Continuidad Referencial:*

- ✓ Supone disponer de referentes profesionales estables para los pacientes y sus cuidadores.
- ✓ Supone disponer de referentes profesionales estables entre los propios profesionales de los diferentes agentes domiciliarios.

### 3.- ¿QUÉ MODELO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA QUEREMOS DESARROLLAR EN LA CONSELLERIA DE SANITAT?

Como alternativa de futuro para la AD, la Conselleria plantea un modelo que denomina “**Modelo Integrado de Atención Domiciliaria**”, que presenta como principales características:

#### 1.- UN CONJUNTO DE PROVEEDORES SANITARIOS DE AD (AGENTES)

*A.- La identificación de 5 agentes proveedores de servicios domiciliarios, como elementos sobre los que se concentrará la acción de la Conselleria*

La Conselleria identifica inicialmente bajo su competencia 5 agentes que desarrollan actividad domiciliaria:

1. Los EAPs a través de los Programas de AD (PAD).
2. Las Unidades Hospitalarias Domiciliarias (UHD).
3. Los Recursos del Sistema de Urgencias y Emergencias Extrahospitalarias (SUEE) que incluyen a:
  - a) Centros de Información y Coordinación de Urgencias (CICU);
  - b) Servicios de Ayuda Médica Urgente (SAMU);
  - c) Unidades de Soporte Vital Básico (USVB);
  - d) Puntos de Atención Continuada (PAC) y
  - e) Puntos de Atención Sanitaria (PAS) en las áreas metropolitanas de Alicante, Elche y Valencia.
4. Las Unidades Básicas de Rehabilitación (UBRhb).
5. Las Unidades de Salud Mental (USM).

***B.- Estructurados como:***

- ◆ 2 agentes de carácter general y polivalente: EAP (a través del PAD) y UHDs:
  - Habrá un solo PAD por EAP con carácter polivalente, es decir, que asumirá todo tipo de patologías con el soporte, en su caso, de las UHDs y de los agentes de carácter específico (U.B.Rhb y U.S.Mental) y del SUEE.
  - Habrá una sola UHD por Hospital con carácter polivalente, es decir, que asumirá todo tipo de patologías con el soporte, en su caso, de los respectivos especialistas del Area.
  - La polivalencia y la formación necesaria para adquirirla, serán los ejes básicos para su desarrollo estratégico.
- ◆ 1 agente centrado en la atención urgencias y emergencias domiciliarias: SUEE.
- ◆ 2 agentes de carácter específico: U.B.Rhb y U.S.Mental.

***C.- Configurados como una red asistencial***

*Este modelo integrado abarca cinco líneas de actividad (Tabla 10):*

Tabla 10

<b>MODELO INTEGRADO DE AD: LÍNEAS DE ACTIVIDAD, AGENTES PROVEEDORES Y MISIONES ASISTENCIALES</b>		
<b>LÍNEAS DE ACTIVIDAD</b>	<b>AGENTE PROVEEDOR</b>	<b>MISIÓN ASISTENCIAL Prestar atención domiciliaria a pacientes (y a sus cuidadores):</b>
AD basada en At. Primaria	EAP a través del PAD	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ con carácter longitudinal, en fases estables y con tecnología sencilla</li> </ul>
AD basada en Hospital	Unidades Hospitalarias Domiciliarias	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ con carácter episódico, en fases subagudas, con atención equiparable en complejidad, intensidad y tecnología a la aplicada en el hospital de agudos, así como ejercer de soporte del PAD</li> </ul>
Urgencia-Emergencia Domiciliaria	SUEE: CICU, SAMU, USVB, PAC y PAS.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ en las situaciones de urgencias y emergencias ocurridas en aquellos periodos no cubiertos por el resto de agentes domiciliarios, así como comunicarles los resultados de su actuación</li> </ul>
Rehabilitación Domiciliaria	Unidades Básicas de Rhb	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ que requieran servicios “específicos de rehabilitación” y prestar apoyo al PAD en dichas materias</li> </ul>
Salud Mental Domiciliaria	Unidades de Salud Mental	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ que requieran servicios “específicos de salud mental” y prestar apoyo al PAD en dichas materias</li> </ul>

## 2.- UN ÁMBITO GEOGRÁFICO Y UN LUGAR DE ATENCIÓN COMUN

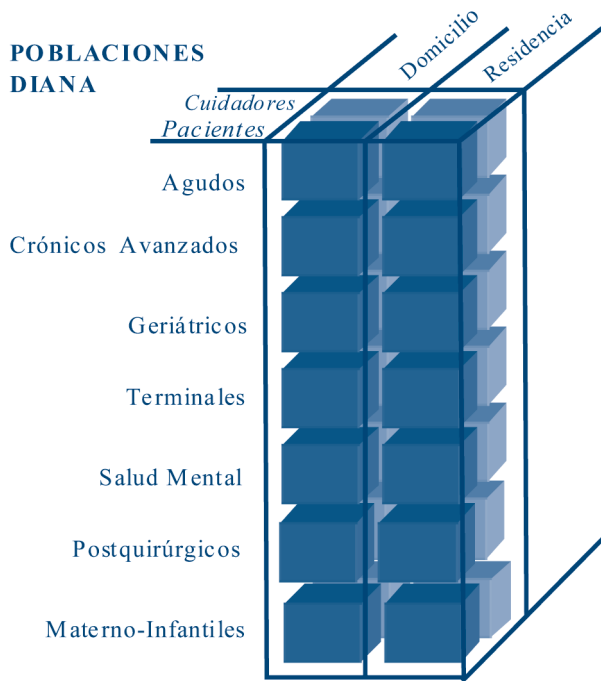
- ◆ El Area de Salud
- ◆ El Domicilio
  - Consideramos “domicilio” el lugar donde se presta la atención al paciente, es decir,
    - Su vivienda habitual y permanente.
    - Su vivienda temporal en domicilios de familiares.
    - La Institución Residencial donde habite (en los términos que la normativa vigente establezca en cuanto a la responsabilidad de atención sanitaria en dichas Instituciones).

## 3.- UNA POBLACIÓN DIANA

### 1.- *Enfermos*

- Nuestra acción va dirigida a todos aquellos pacientes que no pueden desplazarse de forma temporal o permanente al centro de atención sanitaria o para los que su domicilio es su mejor lugar terapéutico, con objeto de mantener o elevar su salud, mejorar su calidad de vida o garantizarles una muerte digna.
- El domicilio es “el mejor lugar terapéutico” cuando en su seno los objetivos terapéuticos van a conseguirse en el menor tiempo posible, con un menor número de complicaciones y a un menor coste social.
- En cuanto a la tipología de enfermos domiciliarios, la Conselleria identifica inicialmente 7 grandes grupos homogéneos de pacientes: Agudos, Crónicos Avanzados, Geriátricos, Terminales, Postquirúrgicos, Salud Mental y Materno-Infantiles (Figura 6).

Figura 6



## 2.- Cuidadores

- Nuestra acción también va dirigida a los cuidadores con objeto de atender a su salud y proporcionarles la capacitación y el apoyo adecuados para que puedan colaborar eficazmente en la atención del paciente.
- Entendemos como “cuidador”, la persona, familiar, cónyuge o amigo que proporciona la mayor parte de apoyo diario a otra persona que por sus condiciones físicas y/o psíquicas es incapaz de mantenerse por sí misma, sea con o sin retribución económica a cambio.
- Nuestra acción se centra fundamentalmente en el “cuidador principal”: el cuidador principal es la persona de referencia de los profesionales sociosanitarios en la

programación del plan de intervención y en la toma de decisiones sobre cuestiones que afectan al paciente.

- ❑ La atención al cuidador principal será también domiciliaria, cuando su situación particular así lo requiera.
- ❑ Consideramos como cuidador principal en su caso a los cuidadores privados remunerados y a los cuidadores de Residencias sociales, aunque con matizaciones importantes en cuanto al tipo y amplitud de las intervenciones que se diseñen.
- ◆ Los destinatarios centrales de nuestra acción asistencial son los pacientes y sus cuidadores. A este binomio lo denominaremos “beneficiarios”.

Pacientes y cuidadores son los “beneficiarios” de la función asistencial. Pero atendiendo a las funciones de coordinación y dirección impulsadas por el modelo, podemos señalar dos nuevos destinatarios de nuestras intervenciones:

- a.- Profesionales
- b.- Personas en formación

#### *a.- Profesionales*

- ❑ Los destinatarios de nuestra acción de coordinación de intervenciones son los profesionales de otras unidades o agentes sanitarios u organizaciones sociales.  
En un entorno complejo como el de la AD, en el que se encuentran implicadas varias disciplinas, varios agentes sanitarios y varias organizaciones del sector social, el reto de garantizar la integración y la continuidad dentro de un modelo de atención compartida, requiere necesariamente que los profesionales y los agentes se consideren entre sí como “destinatarios” de sus propias actividades y de la información que generan, lo que implica que cada uno tenga en cuenta las necesidades y expectativas de los otros profesionales al objeto de que todos puedan contribuir o continuar con una atención de calidad.

### *b.- Personas en formación*

- Los destinatarios de nuestra función docente son las personas en formación pre y postgrado.

## **4.- UNA MISIÓN COMPARTIDA**

- ◆ Prestar -desde el sector público sanitario- servicios domiciliarios de calidad, de naturaleza biológica, mental y social, capaces de mantener a los enfermos en su domicilio o reintegrarlos a él en caso de internamiento.
- ◆ Coordinar la atención para que exista continuidad entre profesionales y agentes.
- ◆ Investigar para contribuir a la creación de conocimiento en AD.
- ◆ Realizar Docencia para contribuir a la difusión del conocimiento en AD.

## **5.- UNA OFERTA DE SERVICIOS ASISTENCIALES**

La función asistencial asignada a los agentes domiciliarios sanitarios, se concretará en la oferta de los siguientes servicios:

### **1.- Identificación, información y captación**

- Búsqueda activa.
- Verificación de criterios de inclusión.
- Información/orientación adecuada.
- Gestión de documentación y programación de la valoración domiciliaria.



## **2.- Valoración domiciliaria**

- Mediante instrumentos de valoración normalizados, se realiza una valoración integral en domicilio, que permita identificar los problemas y elaborar un plan de intervención personalizado tanto al paciente y al cuidador, como al núcleo familiar y al entorno, si se requiere.
- Sucesivas valoraciones son realizadas con periodicidad protocolizada o cuando los cambios de estado de los pacientes o entorno así lo requieran.

## **3.- Coordinación de los servicios sanitarios**

- Cada beneficiario incluido en el programa queda bajo la responsabilidad de un profesional sanitario que gestionará su caso asegurando tanto la coordinación de las actividades internas y externas al equipo, como las sucesivas reevaluaciones de su estado de salud.

## **4.- Atención sanitaria al paciente en su domicilio**

- Cartera de servicios sanitarios diversificada, correspondiente a las 5 líneas de actividad domiciliaria: AD basada en Atención Primaria; AD basada en Hospital; Urgencias domiciliarias; Rehabilitación y Salud Mental
- Mediante servicios aplicados tanto en fases agudas como en fases crónicas y terminales de la enfermedad.

## **5.- Atención sanitaria, capacitación y apoyo a cuidadores**

- Atención específica a la salud del cuidador (en domicilio si la situación lo requiere).
- Actividades de capacitación de cuidadores.
- Actividades de intervención comunitaria: apoyo a la movilización y soporte domiciliario del voluntariado y grupos de ayuda mutua.

## **6.- Atención telefónica y, en el futuro, telemática**

## **7.- Suministro de medicación, material sanitario y equipamiento médico**

- Medicación.
- Material necesario para curas y cuidados.
- Tecnología diagnóstica y terapéutica.
- Equipamiento para terapias domiciliarias prolongadas: respiratorias y otras.

## **8.- Gestión del préstamo y recuperación del material ortoprotésico y ayudas técnicas**

- Material ortoprotésico y ayudas técnicas de apoyo a las actividades de la vida cotidiana.

## **9.- Gestión del acceso a los servicios del sector social:**

- Dado que los recursos sociales no son competencia de la Conselleria de Sanitat, mediante actividades de coordinación sociosanitaria se gestionará el acceso a los mismos cuando sean necesarios.

## **10.- Servicios psicosociales**

- Intervención en situaciones de crisis familiares.
- Asesoramiento (*Counseling*) individual y familiar.
- Ayuda a la reinserción social.

## 6.- UN MODELO DE ORGANIZACIÓN: LA INTEGRACIÓN FUNCIONAL

### A.- Configuración del sistema como una “Red” de agentes domiciliarios

- ◆ Entendemos “Red” como un conjunto organizado de agentes en el que cada uno dispone de una cartera de servicios y de tecnología propia, lo que le permite disponer de una capacidad específica de resolución de problemas en domicilio, la cual es conocida y reconocida por el resto de agentes.
- ◆ Dicha capacidad de resolución domiciliaria permite a cada agente asumir ciertos pacientes o episodios en función de su complejidad, y compartir la atención dando o recibiendo apoyo del resto de agentes.
- ◆ La atención es compartida entre los agentes, secuencial o simultáneamente, los cuales no actúan de forma autónoma o inconexa, sino insertada en circuitos asistenciales configurados conjuntamente por ellos mismos.
- ◆ Los avances en las tecnologías de la información y comunicación facilitarán la operatividad de la red y facilitarán la continuidad.

### B.- Modelo de funcionamiento basado en la “Integración Funcional”

- ◆ Dado que son varios los agentes sanitarios de la Conselleria implicados en actividades domiciliarias (y en algunos casos, con agentes dependientes de las Diputaciones como es el caso de ciertas Unidades de Salud Mental) conviene ir hacia un modelo de integración de su actuación.
- ◆ Entre los diferentes modelos de integración, la Conselleria opta por desarrollar el modelo de “integración funcional”, lo que significa que orgánicamente cada agente sigue

dependiendo de su estructura sanitaria actual (así, el PAD y U. Básicas de Rhb dependen de Atención Primaria; la HAD y U. de Salud Mental dependen de la Atención Especializada; y los Recursos del SUEE dependen de la Estructura de Emergencias Sanitarias), pero en la práctica asistencial deben “funcionar” paulatinamente como una sola organización.

- ◆ Para conseguir este funcionamiento integrado, será necesario actuar a nivel de tres sistemas:

### ***B.1.- Integración a nivel del sistema de valores***

Los cambios tienen que ocurrir primero en la mente de las personas. Solo favoreciendo la emergencia de valores comunes entre profesionales y directivos y el desarrollo consiguiente de una cultura, una visión y una perspectiva unificada y compartida sobre el modelo de atención y de organización de los servicios domiciliarios, se dará el contexto favorable para la mejora de la AD.

Se promueve, por tanto, una visión compartida entre directivos y profesionales en torno, entre otros:

- *A la consideración de las necesidades y expectativas de los pacientes como centro de las actividades domiciliarias y a la consideración del cuidador como nuevo cliente del sistema.*
- *Al valor de los modelos de integración asistencial, atención compartida y continuidad entre agentes domiciliarios así como la cultura de cooperación, de respeto y de apoyo mutuo que ello implica.*
- *A la consideración de los objetivos de humanización, mejora de la calidad de vida y garantía de una muerte digna como valores a reforzar en la AD.*

La adquisición de estos valores debe apoyarse sobre actividades de formación compartidas, intervenciones conjuntas, fortalecimiento de los contactos personales entre profesionales de los agentes implicados y creación de oportunidades de encuentro.

### ***B.2.- Integración a nivel del sistema de gestión de la AD***

Un proyecto de esta naturaleza no puede resultar de un ente cordial entre profesionales y agentes, ni de la evolución

“natural” de equipos y prácticas clínicas, sino que tiene que ser la expresión de una voluntad explícita de transformación del sistema y, por lo tanto, debe ser impulsado y liderado por la Dirección de la organización.

Para ello se crea un sistema de gestión específico para la AD, configurado por:

- ✓ *Un Sistema de Dirección Común, compuesto por:*
  - a. *Una estructura a nivel de los Servicios Centrales de la Conselleria de Sanitat, responsable de la planificación, impulso y coordinación de la AD.*
  - b. *Un Sistema de Dirección específico de AD en cada Area Sanitaria, que integre la acción de los equipos directivos: Atención Primaria, Atención Especializada y Emergencias Sanitarias.*

Este sistema de gestión será responsable en cada Area:

- o Del impulso y gobierno del desarrollo integrado de la AD.
  - o De garantizar que la población diana tiene acceso a la gama completa de servicios domiciliarios (coberturas).
  - o De la complementariedad y continuidad entre los diferentes agentes.
  - o Del correcto funcionamiento del sistema de participación profesional.
  - o Del impulso institucional de la coordinación sociosanitaria.
  - o Del establecimiento de alianzas con grupos comunitarios.
  - o De la puesta en marcha de un mecanismo de seguimiento y de evaluación.
- ✓ *Un Sistema de Información compartido, que facilite la toma de decisiones en base al seguimiento de actividades y de evaluación del Plan.*

### ***B.3.- Integración a nivel de conocimientos y de organización de la práctica clínica.***

- ✓ *Creando un Sistema de Participación Profesional, constituido por comités técnicos, grupos asesores y grupos de trabajo, que se ocupen:*
  - *Del desarrollo de contenidos científico-técnicos, organizativos y de coordinación.*

- De organizar la puesta en marcha de las mejoras consensuadas.
- De realizar su seguimiento y mejora continua.

✓ *Tres ámbitos de desarrollo de contenidos:*

- 1.- Desarrollo de contenidos organizativos, tales como:
  - o Delimitación conjunta de ámbitos geográficos de atención compartida.
  - o Definición de tipología de pacientes, criterios de inclusión, ...
  - o Revisión conjunta de las carteras de servicios, delimitando por consenso las competencias de los agentes.
  - o Diseño conjunto de los circuitos asistenciales.
  - o Definición de colectivos prioritarios de atención (p.e.: pacientes pluripatológicos con desestabilizaciones frecuentes; paciente de alto riesgo de readmisión hospitalaria; pacientes en familias de riesgo sociosanitario,...) y sus respectivos planes específicos de actuación compartida.
  - o Sistemas de información compartidos.
  - o Seguimiento y evaluaciones conjuntas.
- 2.- Desarrollo de contenidos clínicos, tales como:
  - o Registros de pacientes y de cuidadores unificados.
  - o Normalización en el ámbito de la AD: terminología, instrumentos de valoración integral, escalas, protocolos, metodología de cuidados, planes de cuidados estandarizados,...
  - o Registros clínicos de pacientes compartidos: historia clínica electrónica común, historia domiciliaria única,...
  - o Diseño de procesos asistenciales integrados entre agentes domiciliarios por tipología de pacientes y/o enfermedades más prevalentes.
- 3.- Desarrollo de contenidos de coordinación, tales como:
  - Contenidos técnicos de coordinación sanitaria
    - o Elaboración de un conjunto de acuerdos (criterios de derivación, mecanismos, instrumentos, responsables,...) que logren construir, mantener y mejorar la continuidad

- informativa, asistencial y referencial entre agentes domiciliarios sanitarios.
- Contenidos técnicos de coordinación socio-sanitaria
    - Intra agentes sanitarios: entre trabajadoras sociales y profesionales sanitarios.
    - Entre agentes sanitarios y sociales: elaboración de acuerdos de continuidad, y sus instrumentos de trabajo correspondientes.

## 7.- UN MODELO DE ATENCIÓN

### ◆ El enfoque integral

- Aborda las necesidades bio-psico-sociales de pacientes y cuidadores.
- Tiene en cuenta que además de las actividades de promoción, prevención y curación, la AD requiere asumir y reforzar nuevos valores de rehabilitación (mejora de la calidad de vida) y de paliación (garantía de una muerte digna).
- Asume que la integralidad requiere la incorporación paulatina a la AD de nuevos servicios: rehabilitación, salud mental, área materno-infantil, atención y apoyo a cuidadores, e intervención comunitaria.

### ◆ El enfoque interdisciplinar:

- En la AD participan profesionales de varias disciplinas, entre las que encontramos como más significativas: Medicina, Enfermería (engloba a Auxiliares de Enfermería), Trabajo Social, Psicología, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Logopedia y Administración.
- El trabajo en equipo multidisciplinar es pues la base fundamental de la intervención en AD.

### ◆ La orientación hacia el “autocuidado”

- Proporciona una atención siempre enfocada a la búsqueda de la autonomía e independencia de los pacientes en sus cuidados, evitando al máximo posible la creación de colectivos dependientes.

- ◆ **La humanización de la atención:**
  - Personalizada.
  - Trato educado.
  - Información entendible por pacientes y cuidadores.
  - Participación de pacientes y cuidadores en las decisiones que les afectan.
  - Respeto por valores y creencias de los beneficiarios.

## 8.- UN PROFESIONAL PROTAGONISTA

- ◆ La Enfermera de Atención Primaria.
- ◆ La enfermera es el profesional que más carga de atención asume en AD y, de una forma natural, es su profesional protagonista. Esta situación es especialmente manifiesta en APS.
- ◆ Entendemos “Enfermera de APS” en sentido amplio, más bien como línea de enfermería, es decir, la dirección de enfermería del Area, las coordinadoras de enfermería de los Centros de Salud, responsables de AD de EAP –en su caso- y las enfermeras de EAP. Cada colectivo enfermero con su misión, funciones, actividades, tareas y responsabilidades específicas.

## 9.- UNAS TECNOLOGÍAS CLAVES

Mejora de las tecnologías que permitan:

- ◆ Que los beneficiarios se comuniquen con sus profesionales: central llamadas telefónicas.
- ◆ Que los profesionales se comuniquen entre sí y accedan al conocimiento científico: telefonía móvil, informática, correo electrónico e internet.
- ◆ Que los profesionales compartan información: Historia Clínica Electrónica compartida.
- ◆ Que los pacientes mejoren su capacidad para realizar las actividades de la vida cotidiana: material ortoprotésico y ayudas técnicas.



## 10.- UNA ESTRECHA COORDINACIÓN CON EL SECTOR SOCIAL

Alianzas que favorezcan el apoyo social a los beneficiarios:

- ◆ Conselleria de Bienestar Social y Corporaciones Locales.

## 11.- UNAS ALIANZAS ESTRATÉGICAS

Alianzas que favorezcan el apoyo comunitario a los beneficiarios y el avance del conocimiento en el ámbito de la AD:

- ◆ Grupos comunitarios: Voluntariado y Grupos de Ayuda Mutua.
- ◆ Entidades sociales: Universidad, Sociedades Científicas y Profesionales,...
- ◆ Organismos de la Generalitat y otras Direcciones Generales de la Conselleria de Sanitat.

## 4.- ¿QUÉ DEBEMOS HACER PARA CONSEGUIRLO?

Las medidas que consideramos adecuadas para la mejora de la atención de los enfermos domiciliarios están contenidas en este PMAD, que define 6 Líneas Estratégicas, 16 Areas a Desarrollar, 40 Objetivos y 127 Acciones, a desarrollar en los cuatro años comprendidos entre 2004 y 2007.

**Como grandes líneas estratégicas se establecen:**

### 1.- “Obtener una adecuada respuesta y cobertura de las necesidades de AD”:

Dar una adecuada respuesta a las necesidades y expectativas de los pacientes domiciliarios y de sus cuidadores, constituye la primera área clave, en clara referencia a la responsabilidad de la Conselleria como garante de la adecuación, suficiencia y equidad de las coberturas domiciliarias.

Para ello es necesario:

- ✓ Mejorar el *conocimiento de las necesidades* de AD.
- ✓ Mejorar la *oferta de servicios*, incorporando las expectativas de pacientes, cuidadores y profesionales en su diseño, así

como identificando y desarrollando los servicios domiciliarios deficitarios.

- ✓ Abordar el *crecimiento de la estructura y la mejora de la organización* de la red asistencial que presta dichos servicios.
- ✓ Dotar e impulsar el uso de las *tecnologías de la información y comunicación*.
- ✓ Mejorar la *dotación y la gestión del material ortoprotésico y ayudas técnicas*.

## 2.- “Potenciar la actuación integrada de los agentes domiciliarios”

- ✓ En un escenario caracterizado por:
  - Crecimiento del volumen de pacientes domiciliarios y de su complejidad: pluripatología, polimedicación, dependencia, frecuentes cambios de estado y riesgos sociales asociados.
  - Con necesidades biopsicosociales que requieren de una cartera de servicios domiciliarios muy diversificada.
  - Que tiene que ser proporcionada por múltiples agentes.
  - Agentes que han crecido de forma fragmentaria, pero que son interdependientes para prestar servicios integrales.
- ✓ Necesitamos abordar este contexto complejo, configurando una red de agentes domiciliarios que trabajen con objetivos coherentes y complementarios, que funcionen progresivamente como una sola organización, y que garanticen la continuidad informativa, asistencial y referencial entre los mismos.

Para ello es necesario reforzar:

- ✓ La *integración funcional* de los agentes, poniendo en marcha un sistema de gestión y un sistema de participación profesional específicos para el desarrollo de la AD.
- ✓ La *coordinación sanitaria* y
- ✓ La *coordinación sociosanitaria*.

## 3.- “Mejorar la calidad de los procesos asistenciales domiciliarios”

Los objetivos básicos de los agentes domiciliarios en relación a la calidad deben ser:

- ✓ Aplicar correctamente las actuaciones basadas en las mejores evidencias científicas disponibles.
- ✓ Someter a una revisión continua los conocimientos y las prácticas para poder introducir mejoras en los procesos asistenciales.
- ✓ Disminuir la variabilidad de la práctica clínica entre agentes y profesionales domiciliarios.
- ✓ Entregar los servicios bajo los principios de la humanización.

Para ello necesitamos incorporar al desarrollo de la AD los principios e instrumentos de:

- ✓ la *gestión del conocimiento* (conocimiento basado en la evidencia, investigación, benchmarking, formación, docencia, normalización,...).
- ✓ la *gestión de la calidad total*.
- ✓ la *gestión por procesos*.

#### **4.- “Potenciar la implicación de los recursos humanos”**

La organización necesita que los profesionales, como su activo más valioso, se impliquen en el desarrollo de la AD.

Para ello necesitamos:

- ✓ Desarrollar estrategias de *mejora de la satisfacción y motivación de los profesionales* basadas en el reconocimiento; la comunicación abierta y transparente; la delegación y responsabilización; la formación, la investigación y la docencia; la dotación de recursos materiales necesarios y la gestión de recursos humanos.

#### **5.- “Mejorar las garantías de permanencia de la AD, potenciando el protagonismo de los actores emergentes y las alianzas con los grupos e instituciones comunitarios”**

La propia existencia de la AD como prestación del sistema sanitario depende en buena medida de la existencia unos actores fundamentales: los cuidadores.

Por otra parte, el desarrollo de la AD dentro de la Conselleria también depende de la asunción de protagonismo y responsabilidad de ciertos colectivos profesionales: enfermeras básicamente, pero también, las trabajadoras sociales.

Otros actores también pueden contribuir al desarrollo y mejora de la AD: los grupos comunitarios (voluntariado, grupos de ayuda mutua) e instituciones sociales (Universidad, Asociaciones científico-profesionales,...).

Para ello necesitamos:

- ✓ Considerar al *cuidador como nuestro nuevo cliente* y diseñar e implementar servicios específicos para satisfacer sus necesidades.
- ✓ Potenciar el protagonismo de los actores emergentes: *enfermeras y trabajadoras sociales*.
- ✓ Potenciar las *alianzas con grupos comunitarios de voluntariado e instituciones sociales*.

## 6.- “Mejorar el liderazgo y los instrumentos de gestión”

Para impulsar un proyecto de estas características se requieren líderes (en el sentido de personas comprometidas en el desarrollo de la AD) e instrumentos de gestión que faciliten el avance.

Para ello necesitamos:

- ✓ Mejorar el liderazgo, potenciando la función impulsora de *los equipos directivos*, la emergencia de *líderes profesionales* y el fomento de la *participación*.
- ✓ Mejorar los instrumentos de gestión: *Planes operativos anuales de AD; Desarrollo de la AD en los Contratos anuales de la Conselleria con las Direcciones y en los Acuerdos de Objetivos anuales entre Direcciones y Agentes; Sistemas de Información y Sistemas de Comunicación*.

## 5.- ¿CÓMO TENEMOS DE HACERLO?

### FILOSOFIA

El desarrollo de la AD debe realizarse según los principios sobre los que asienta la política de Calidad Total de la Conselleria de Sanitat (Tabla 11).

Tabla 11

<b>Plan de Calidad Total de la Asistencia Sanitaria en la Comunidad Valenciana.</b>
<p>Establece que:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Los principios sobre los que asienta la política de Calidad Total de la Conselleria de Sanitat son:<ol style="list-style-type: none"><li>1. La <i>mejora continua</i> como estrategia general,</li><li>2. articulada alrededor de las <i>necesidades y preferencias de los pacientes y cuidadores</i>,</li><li>3. basada en la <i>participación de los profesionales y el trabajo en equipo</i>,</li><li>4. con el aprovechamiento óptimo de la <i>información</i>.</li></ol></li><li>▪ El objetivo estratégico de la política de Calidad Total de la Conselleria de Sanitat es: Garantizar la gestión de las diferentes unidades que conforman el dispositivo asistencial valenciano, bajo un modelo basado en la filosofía y los sistemas de la calidad total, introduciendo la mejora continua como garantía de eficacia y eficiencia en la provisión de servicios sanitarios.</li></ul> <p>Y todo ello atendiendo a la actual configuración del sistema de salud como <i>red</i> asistencial, lo que permite adoptar la perspectiva de una asistencia <i>integral</i> y facilita la consecución de la excelencia a través de la estrategia de <i>benchmarking</i>.</p>

### METODOLOGIA

La experiencia ya conocida de elaboración centralizada de un Programa y la posterior decisión normativa de su implementación masiva en toda la Organización, no creemos que sea la metodología conveniente en nuestro caso, al menos por dos razones:

- *Factores de dimensión*: el tamaño de la Conselleria, con cientos de agentes domiciliarios y miles de profesionales, hace que

la implementación del PMAD sea difícilmente asumible si se plantea simultáneamente en toda la organización.

- *Factores de incertidumbre:* existen incertidumbres tanto en el diseño y como en la operatividad del nuevo modelo integrado de AD propuesto como “patrón”, que aconsejan sean despojadas antes de abordar su despliegue.

Por otra parte, y como ya se ha mencionado, la Conselleria reconoce que existen en nuestra Comunidad profesionales y equipos que desarrollan la AD en su ámbito de actuación con calidad y a plena satisfacción de sus usuarios. Por lo tanto la Conselleria se propone abordar esta iniciativa desde el punto de vista de la “Mejora” de la AD, y nunca como si no se hubiera hecho nada valioso en materia de AD en nuestra Comunidad hasta el día de hoy.

Teniendo en cuenta los factores de dimensión, incertidumbre y el conocimiento existente en nuestra organización, optamos por una metodología progresiva, abierta y flexible, construyendo nuestro modelo poco a poco y mediante un abordaje inicial a pequeña escala. Esto significa que cada elemento de mejora identificado debe ser elaborado, implantado, ajustado y consolidado en *Áreas y Centros Piloto*, para posteriormente ser desplegados en toda la Conselleria.

Las Áreas y Centros que la Conselleria establece como pilotos se presentan en Tabla 3. No obstante y buscando la flexibilidad, cualquier oportunidad de mejora de la AD que se identifique y que esté en línea con el modelo presentado, aunque esté fuera de estas áreas y centros piloto, podrá ser incorporada al proyecto.

Por lo tanto, se proponen dos fases:

### **1ª.- Ciclos de Mejora desarrollados en Áreas y Centros Piloto**

Como método, planteamos un ciclo clásico de mejora PDCA con una modificación coherente con el planteamiento general: la implantación de los proyectos de mejora no se realizará en toda la organización sino en Centros Piloto. Solo después de haber validado,

ajustado y consolidado cada mejora, se procederá a su extensión progresiva en toda la organización.

Como instrumento impulsor y coordinador de todo este proceso, encargado de elaborar el PMAD y de validar el modelo patrón a pequeña escala, la Conselleria crea el proyecto “Iniciativa para la Mejora de la Atención Domiciliaria (iMAD)”, con un horizonte temporal de 2006.

## **2ª.- Despliegue posterior de mejoras concretas y del modelo general**

Cada elemento de mejora concreto, así como el propio modelo “patrón” validado y consolidado por la iMAD en las Areas y Centros Piloto, serán desplegados progresivamente en toda la organización según los criterios, ritmos y responsabilidades que establezca la Conselleria (Tabla 4).

## **6.- ¿QUÉ OBJETIVOS Y PLAZOS NOS DAMOS?**

Establecemos como objetivos y plazos:

1.- Disponer de un nuevo modelo de AD, basado en el desarrollo interno y la integración funcional de 5 agentes domiciliarios (PAD – UHD – Urgencias – U.S. Mental – U.B. Rhb) e implementado según los principios e instrumentos de la calidad total, que esté validado y consolidado en 3 Areas de Salud Piloto, a final de 2006.

2.- Lograr una cobertura por el nuevo modelo integrado de AD mayor del 50% de la población de la Comunidad Valenciana al final de 2007 (en torno a 2.250.000 habitantes), lo que supondrá atender aproximadamente unos 45.000 pacientes y a sus cuidadores (Tabla 5).

## **7.- ¿QUÉ BENEFICIOS ESPERAMOS OBTENER PARA LOS PACIENTES Y SUS CUIDADORES?**

*A. Una mejora en el acceso a los servicios domiciliarios y en el contacto con los profesionales:*

- ✓ Más enfermos que lo necesiten serán atendidos en su domicilio.
- ✓ Atención domiciliaria asegurada 24 horas al día y 7 días de la semana.
- ✓ Visitas domiciliarias periódicas y programadas cuya frecuencia evolucione con el progreso de la enfermedad.
- ✓ Correcto funcionamiento del contacto telefónico.
- ✓ Identificación clara de los profesionales de referencia y su estabilidad en el tiempo.
- ✓ Una enfermera será responsable de la AD de cada paciente.

**B. *Una mejora de la información recibida por pacientes y cuidadores:***

- ✓ Información suficiente y comprensible para paciente y cuidadores.
- ✓ Documentación actualizada sobre la enfermedad, permanentemente en el domicilio.
- ✓ Historia clínica única y compartida por los profesionales de atención primaria y de especializada.
- ✓ Información y ayuda para acceder tanto a recursos sociales como al voluntariado o a grupos de ayuda mutua.

**C. *Una mejora de la calidad de la atención recibida***

- ✓ Atención a cargo de profesionales cualificados trabajando en equipo multidisciplinar formado por médicos, enfermeras, trabajadores sociales y otros profesionales.
- ✓ Una reducción de los riesgos inherentes a la hospitalización: infecciones nosocomiales, síndrome de hospitalismo,...
- ✓ Una ampliación de servicios domiciliarios sanitarios en varios ámbitos: rehabilitación, salud mental, materno-infantil, cuidadores y en residencias.
- ✓ Plan de atención individualizado a partir de una valoración integral inicial y reevaluaciones periódicas.
- ✓ Facilidad de acceso a material y equipamiento que favorezca el cuidado en el hogar: andadores, camas articuladas, colchones antiescaras, sillas de ruedas,...
- ✓ Protocolos de atención unificados en toda la Comunidad Valenciana para que la calidad sea homogénea en cualquier parte del territorio.



- ✓ Atención más humanizada: trato respetuoso, apoyo emocional, mejor comunicación, puntualidad, respeto por creencias y valores.

***D. Una mejora de la rapidez de la respuesta frente a urgencias domiciliarias o empeoramiento de la situación.***

- ✓ Atención urgente asegurada en domicilio 24 horas al día y 7 días de la semana.
- ✓ Acceso rápido a urgencias hospitalarias y acceso preferente a pruebas diagnósticas.
- ✓ Facilidad para el ingreso hospitalario si el paciente o la familia lo desea.

***E. Una mejor coordinación entre profesionales y entre diferentes agentes***

- ✓ Los diferentes agentes domiciliarios intervendrán de forma coordinada en función de la complejidad del paciente.
- ✓ Garantía de continuidad de atención cuando un paciente se traslade de un lugar de atención a otro, sin vacíos asistenciales.
- ✓ Los agentes domiciliarios estarán intercomunicados mediante las nuevas tecnologías para que haya una comunicación fluida entre profesionales y se evite la disparidad de criterios terapéuticos y las informaciones contradictorias al paciente y a sus cuidadores.

***F. Una consideración del cuidador como nuevo cliente del sistema sanitario:***

- ✓ Atención a la salud física y psíquica de los cuidadores.
- ✓ Mayor capacitación: formación específica para saber cuidar y para saber cuidarse.
- ✓ Mayor información y ayuda para acceder tanto a recursos sociales como al voluntariado o a grupos de ayuda mutua.
- ✓ Simplificación de los trámites administrativos.



# III Anexo



## A.- PLANTEAMIENTO GENERAL DEL DOCUMENTO Y METODOLOGÍA

Como premisa general, consideramos que mucho más importante iniciar y consolidar un proceso de planificación de las mejoras en la AD que el propio documento ya que, si conseguimos que el proceso sea efectivo, este documento debería ser actualizado de forma constante en función de nuestra propia experiencia y aprendizaje, y de los cambios en el contexto.

Por lo tanto, este documento se enfoca como una guía que oriente el avance de la AD en nuestra CV y que delimite el marco en el que establecer los compromisos de todos los implicados.

Ante la disyuntiva de elaborar este documento (y este plan) desde una perspectiva racional-normativa o pragmática-indicativa, optamos por un planteamiento pragmático.

Por “**perspectiva racional-normativa**” entendemos un documento fundamentalmente técnico, basado en métodos cuantitativos utilizando o generando datos científicos y de investigación para apoyar todas y cada una de las propuestas del plan sobre unas bases documentales sólidas; un documento en el que el rol del experto a nivel de los Servicios Centrales es preponderante, y que se concreta finalmente en una estructura lógica y racional de metas, objetivos generales, intermedios, específicos,... con una serie de actividades, cronogramas y recursos asignados para cada objetivo... y que difícilmente se cumplen en nuestro entorno.

En contraposición a la anterior, optamos por una “**perspectiva pragmática-indicativa**”, es decir que, teniendo en consideración nuestro entorno organizacional e institucional de la CV así como

las incertidumbres sobre qué cosas funcionan y cuáles no en el ámbito de la AD, optamos por elaborar un documento que contenga:

- Una visión de futuro de la AD que sea lo más compartida posible.
- Las acciones razonablemente validadas que creemos que nos conducirán a él y que habrá que implantar.
- Las exploraciones de acciones o búsqueda de innovaciones que resuelvan o mejoren aspectos sobre los que reina la incertidumbre, y sobre las que habrá que investigar y pilotar.

Se trata de un documento construido en base a metodologías más cualitativas y menos cuantitativas, y en el que la participación de los profesionales ha sido significativa.

Siguiendo este planteamiento pragmático, en cuanto a la metodología de implementación del plan, optamos por desarrollar:

- Un método que sea **gradual y progresivo**, que vaya creciendo mediante procesos de **reacción y de adaptación** a los condicionantes y acontecimientos cambiantes del contexto organizativo e institucional.
- Un método **centrado en el consenso, en la acción y en su verificación constante**: el camino nos irá guiando aunque no exista una línea de conducta predeterminada por una planificación rígida.
- Una alerta permanente para identificar **experiencias relevantes consolidadas** para analizar, adaptar e incorporar a nuestra organización.
- Una búsqueda permanente de **oportunidades**, identificando situaciones dónde espontáneamente se dan las condiciones idóneas para impulsar y pilotar mejoras: existencia de proyectos en fase embrionaria, con profesionales motivados y dotación de recursos razonable.

- Un proceso sistemático de **pilotaje** de las mejoras en centros piloto antes de desplegarlas a toda la organización.
- Una **periodicidad** ajustada a las necesidades para ir concretando y revisando los puntos de desarrollo del plan, su dimensión y los nuevos compromisos a adquirir.

La consecución de consensos sobre las posibles soluciones y la verificación constante de su aceptabilidad y factibilidad en la experiencia real, añade cierta **lentitud** a este proceso, pero pensamos que esta desventaja inicial se verá ampliamente compensada por las mayores garantías de realización del plan.

## METODOLOGÍA

La **metodología** empleada para elaborar este primer documento ha sido fundamentalmente cualitativa:

- ❑ Para analizar la situación se realizaron (Tabla 12):
  1. Grupos Nominales: 70 profesionales
  2. Entrevistas con 15 Informadores Clave
  3. Visitas a 4 proyectos relevantes
  4. Revisión bibliográfica
- ❑ Con la información recogida se elaboró el primer borrador: “Plan Estratégico de la Atención Domiciliaria 2004-2007: Líneas generales y propuesta básica. Documento de discusión”
- ❑ Se procedió a su difusión y se solicitaron aportaciones.
- ❑ Las aportaciones fueron analizadas y posteriormente discutidas y revisadas con los implicados.
- ❑ Finalmente fueron integradas en este documento el cual debería ser, si el proceso es efectivo, un documento “vivo”, revisado periódicamente y del que ésta es su primera versión.

## Tabla 12

Buena parte de las ideas y de las propuestas que aquí se presentan tienen tres orígenes:

### A.- GRUPOS NOMINALES

Se han creado 8 Grupos Nominales, de 9 miembros cada grupo:

- 3 Grupos de Médicos,
- 3 Grupos de Enfermería y
- 2 Grupos de Trabajadores Sociales

Los miembros han sido propuestos por las Direcciones de las Áreas 4, 6 y 18, así como por las Sociedades Profesionales y Científicas :

- S.V.M.FyC (Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria)
- SEMERGEN (Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista)
- S.M.G.-CV (Sociedad de Medicina General - Comunidad Valenciana)
- A.E.E.C. (Asociación Española de Enfermería Comunitaria)
- A.E.E.O. (Asociación Española de Enfermería Oncológica)
- S.V.H.A.D (Sociedad Valenciana de Hospitalización a Domicilio)
- F.E.H.A.D. (Federación Española de Hospitalización a Domicilio)

En total han participado 70 profesionales

### B.- ENTREVISTAS CON INFORMADORES-CLAVE

Se han realizado entrevistas en profundidad con 15 Informadores-Clave:

<b>Médicos:</b>	J. Javier Blanquer Antonio Muñoz José Luis Ortuño Lorenzo Pascual Vicente Pastor Elisa Tarazona Bernardo Valdivieso Carmina Wanden-Berghe
<b>Enfermería</b>	J.J. Almazán Adela Alonso Adolf Guirao Feliciano Motilla Antonio Ruiz Montse Sánchez
<b>Trabajo Social</b>	Remedios Francisco Mercedes Muñoz



## C.- VISITAS A PROYECTOS RELEVANTES

### 1.- ICS-Subdivisió d'Atenció Primària de Barcelona Ciutat

- ❑ Proyecto de Atención Domiciliaria en la Ciudad de Barcelona. Programa "Salut a Casa"

### 2.- Servicio Canario de Salud

- ❑ Proyecto de mejora de la Atención Domiciliaria: la Enfermera de Enlace

### 3.- INSALUD Area 2 de Madrid

- ❑ Modelo de Atención Domiciliaria; Instrumentos de Gestión; Equipos de Soporte de la Atención Domiciliaria (ESAD), Programa de Atención Domiciliaria en Residencias.

### 4.- Comunidad Valenciana Area 12 Denia

- ❑ Proyecto de coordinación de la Atención Domiciliaria del Area (Central de llamadas telefónicas - Programa de crónicos)

## B.- MARCO ESTRATÉGICO

El desarrollo del presente trabajo presenta unos elementos que enmarcan el tipo y alcance de las medidas así como el ritmo de implantación de las mismas.

Señalamos como elementos más relevantes a considerar:

### 1º.- El plan abarca exclusivamente al Sector Público Sanitario

- Las medidas propuestas se centran exclusivamente en los recursos sanitarios con actividad domiciliaria identificados en la Conselleria de Sanitat de la CV, ya que no se dispone de capacidad de decisión sobre los recursos del sector social.
- En un entorno de servicios públicos, las propuestas entran en competencia con otras necesidades de financiación, condicionando así el ritmo de implantación.
- La gestión de los recursos humanos en los centros del sector público cuentan con restricciones derivadas de su condición de Administración, lo que determina que únicamente se puede operar dentro de unos límites predefinidos y frecuentemente muy rígidos.

## 2º.- La Cultura Organizativa del Sector Público Sanitario

- El logro de una armonización entre las normas culturales existentes en la organización y el sentido de los cambios propuestos en el plan de mejora de la AD creará, en última instancia, el impulso o el freno a su implantación (si entran en colisión la cultura y los cambios propuestos).
- A modo de síntesis, resumimos la cultura en la siguiente tabla:

**Tabla 13**

<b>Ambitos</b>		<b>Observaciones</b>
Orientación al cliente	<i>Baja</i>	Se trabaja desde la perspectiva de que es el cliente quien debe adaptarse al recurso; cultura "funcionarial"
Orientación al recurso	<i>Alta</i>	Gestión centrada en disponer y mantener una suficiente cantidad operativa de recursos humanos, tecnología e instalaciones, pero escaso énfasis en dar servicios apropiados y de calidad
Orientación al personal	<i>Baja</i>	Escasa participación de los profesionales en decisiones; no incentivación
Orientación a la innovación	<i>Baja</i>	Poca frecuencia innovadora; poco proclive a cambios; escaso fomento de soluciones no convencionales
Orientación a la flexibilidad	<i>Baja</i>	Tiempos de decisión largos; escasa descentralización
Orientación a la expansión	<i>Media</i>	Alta necesidad de crecimiento de las coberturas, pero restricciones financieras
Orientación a la productividad	<i>Alta</i>	Énfasis en objetivos e indicadores de productividad
Orientación a la tecnología	<i>Media</i>	Alto valor dado a la tecnología por los profesionales en cualquier solución propuesta, pero restricciones financieras

### **3°.- La Cultura de trabajo en equipo de los Servicios Centrales**

Existe poca tradición de líneas integradas de trabajo cuando hay varias Direcciones Generales, Areas y Servicios directamente involucrados en el impulso de proyectos, y éste es precisamente el caso del desarrollo integrado de la AD.

## C.- MISIÓN, VALORES Y VISIÓN

### MISIÓN

Tabla 14

DECLARACIÓN DE LA MISIÓN DEL MODELO INTEGRADO DE AD	
Qué hemos de hacer	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Prestar –desde el sector público sanitario- servicios domiciliarios de calidad, de naturaleza biológica, mental y social, capaces de mantener a los enfermos en su <i>domicilio</i> o reintegrarlos a él en caso de internamiento.</li> <li>◆ Coordinar la atención para que exista continuidad entre profesionales y agentes.</li> <li>◆ Investigar para contribuir a la creación de conocimiento en AD.</li> <li>◆ Realizar docencia para contribuir a la difusión del conocimiento en AD.</li> </ul>
A quién	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ A aquellos <i>pacientes</i> que no pueden desplazarse al centro de atención sanitaria o para los que su domicilio es su mejor lugar terapéutico, con objeto de mantener o elevar su salud, mejorar su calidad de vida o garantizarles una muerte digna,</li> <li>◆ Así como atender a la salud de <i>sus cuidadores</i> y proporcionarles la capacitación y el apoyo adecuado para que puedan colaborar eficazmente en la atención del paciente.</li> </ul>
Cómo	<p>A través de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ La potenciación de 5 tipos de agentes domiciliarios: PAD, UHD, SUEE, USM y UBRHB.</li> <li>◆ Su actuación integrada, basada en el establecimiento de relaciones de cooperación y en acuerdos de coordinación que mejoren la continuidad informativa, asistencial y referencial</li> <li>◆ El uso intensivo de las tecnologías de la información y comunicación.</li> <li>◆ El impulso continuado a la gestión del conocimiento.</li> <li>◆ Los principios e instrumentos de la Calidad Total y la Gestión por Procesos.</li> <li>◆ La implicación de los profesionales, y la potenciación del protagonismo de la enfermería.</li> <li>◆ La búsqueda activa de alianzas con el voluntariado, GAM y organizaciones sociales</li> <li>◆ La estrecha coordinación con los recursos sociales.</li> <li>◆ La gestión eficiente de los recursos.</li> </ul>
Para qué	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Aumentar la cobertura de la AD en nuestra Comunidad.</li> <li>◆ Mejorar la calidad de la atención, medida en términos de:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ satisfacción de nuestros pacientes, de sus cuidadores y de nuestros profesionales.</li> <li>▪ efectividad de los resultados de nuestras intervenciones domiciliarias.</li> <li>▪ eficiencia de nuestra acción.</li> </ul> </li> </ul>

## DETALLES DE LA MISIÓN

- Entendemos por **“servicios domiciliarios de calidad”**:
  - ◆ Aquella atención que basamos:
    - en las mejores evidencias científicas disponibles,
    - en el conocimiento actualizado de nuestros profesionales,
    - en los medios técnicos apropiados,
    - en la toma en consideración de las expectativas de los beneficiarios,
    - en un modo de atender humano y respetuoso.
  
- Entendemos por **“capaces de mantener a los enfermos en su domicilio o reintegrarlos a él en caso de internamiento”**:
  - ◆ Se considera que un objetivo de salud en su sentido más amplio, es mantener al individuo enfermo en su núcleo familiar y entorno comunitario el mayor tiempo posible y en las mejores condiciones de autonomía y calidad de vida.
  - ◆ Que, en virtud de lo anterior, el objetivo de los agentes es alcanzar un alto nivel resolutivo de problemas en el domicilio de forma que se evite o retrase el internamiento sanitario o social, o se permita una rápida reintegración en él en caso de internamiento.
  
- Entendemos por **“atención integrada”**:
  - ◆ Los beneficiarios son el eje de la atención y los agentes implicados intervienen en torno a ellos: cada disciplina y cada agente aporta sus servicios para garantizar una atención integral e integrada.
  - ◆ La atención es compartida entre los agentes implicados, sin barreras ni escalones. Existe continuidad asistencial.
  - ◆ Existe una estandarización de instrumentos, guías, planes de cuidados,... consensuados entre los agentes y profesionales implicados en AD.
  - ◆ Los agentes y sus profesionales establecen relaciones de cooperación, no rivalizan.

- Entendemos por **“buscadora activa de alianzas con la Comunidad”**:
  - ◆ Que impulsa acuerdos de colaboración con grupos comunitarios de voluntariado y grupos de ayuda mutua para establecer acciones conjuntas de intervención domiciliaria.
  - ◆ Que establece alianzas con instituciones públicas, privadas y ONGs para la mejora de la AD.
  
- Entendemos por **“estrechamente coordinada con el sector social”**:
  - ◆ Que, dado que estos recursos dependen de la Conselleria de Bienestar Social y de los Municipios y por lo tanto, escapan al ámbito de decisión de la Conselleria de Sanitat, desde nuestra óptica son considerados como agentes con los que hay que colaborar y coordinarse.
  - ◆ Por lo tanto, la orientación de nuestra acción deberá ser:
    - Promover y practicar la coordinación sociosanitaria.
    - Elaborar y consensuar los instrumentos necesarios para la coordinación.
    - Ofrecer colaboración y desarrollar actividades conjuntas sociosanitarias.
  
- Entendemos por **“efectiva”**:
  - ◆ Que es capaz de lograr la **“opción domiciliaria, primero”**: es decir, que para aquellos pacientes que reúnan criterios de inclusión, todos los problemas que puedan ser resueltos a nivel domiciliario y a un coste razonable, no serán derivados a ningún recurso de internamiento sanitario o social, asumiendo que la preferencia de la mayoría de las personas es permanecer en su domicilio.
  
- Entendemos por **“eficiente”**:
  - ◆ Que una gestión adecuada de los recursos permite maximizar el número de pacientes atendidos en su domicilio al menor coste, asumiendo que la prioridad *actual* de la sociedad y de nuestra organización es aplicar la AD mientras su coste –a igual efectividad– sea igual o inferior al del internamiento.

## VALORES

Es importante enunciar explícitamente algunos principios básicos de actuación (valores) en relación a los comportamientos y a las decisiones esperables de las diferentes personas y agentes implicados en el desarrollo del PMAD (Tabla 15):

**Tabla 15**

### Los Principios para el avance del PMAD

**1. Los Pacientes y sus Cuidadores, primero:**

- Trabajamos para el paciente y sus cuidadores.
- También damos valor a los objetivos de humanización, mejora de la calidad de vida y garantía de una muerte digna.

**2. Conselleria y Directivos:**

- Compromisos visibles e implicación personal.
- Motivación y apoyo de las iniciativas profesionales.
- Decisiones coherentes con las palabras, presentando hechos y datos.
- Comunicación y transparencia.
- Reconocimiento al esfuerzo de personas y grupos.

**3. Profesionales:**

- Participación e implicación personal.
- Capacidad de iniciativa y afán de innovación.
- Trabajo en equipo multidisciplinar.
- Respeto profesional.
- Ayuda mutua.
- Consenso como vía de avance.
- Flexibilidad: disponibilidad para adaptarse a la complejidad de la AD y para cubrir déficits ajenos.

**4. Enfoque de la acción:**

- Apuesta por la innovación.
- Paso a paso, mejora continua.
- No parálisis por el análisis: aprender haciendo.
- Derecho al error.

## VISIÓN

**Tabla 16**

El Modelo Integrado de AD que queremos desarrollar aspira a:

- Estar entre los mejores del Estado Español por su nivel de cobertura, integración funcional, calidad asistencial, nivel tecnológico y grado de humanización.
- Ser reconocido como excelente por pacientes, cuidadores, profesionales y grupos comunitarios: será el marco asistencial donde los pacientes quieren ser atendidos; donde los cuidadores se sienten atendidos y apoyados; donde los profesionales desean trabajar e investigar; donde los estudiantes quieren formarse; será la organización con quién los recursos sociales y los grupos comunitarios quieren coordinarse y colaborar.



## **D.- ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN Y PERSPECTIVAS.**

**D.1.- ANÁLISIS DE EXPECTATIVAS DE GRUPOS DE INTERÉS RELEVANTES: pacientes, cuidadores y profesionales.**

**D.2.- IDENTIFICACIÓN DE ELEMENTOS DE MEJORA POR PARTE DE LOS PROFESIONALES MEDIANTE LA TÉCNICA DE GRUPO NOMINAL.**

**D.3.- ANÁLISIS ESTRATÉGICO:**

**D.3.1.- ANÁLISIS EXTERNO: MACROENTORNO.**

**D.3.2.- ANÁLISIS EXTERNO: MICROENTORNO.**

**D.3.3.- ANÁLISIS INTERNO.**

**D.3.4.- ANÁLISIS DAFO GENERAL.**



## **D.1.- EXPECTATIVAS DE LOS GRUPOS DE INTERÉS RELEVANTES: Pacientes, cuidadores y profesionales (médicos, enfermeras y trabajadoras sociales)**

Las probabilidades de éxito en el diseño e implementación del plan dependen en buena medida de entender y satisfacer las necesidades y expectativas, actuales y futuras, de varios colectivos llamados “Grupos de Interés”. Estos grupos de interés («stakeholders») se definen como los colectivos que son afectados directa o indirectamente por el plan.

Entre los diferentes colectivos dentro del ámbito de la AD a los que hacemos referencia, identificamos como más relevantes: pacientes, cuidadores y profesionales (médicos, enfermeras y trabajadoras sociales), aunque es obvio que existen varios más de los aquí específicamente considerados: Equipos Directivos, Grupos Comunitarios, Asociaciones Profesionales, entre otros.

Es necesario objetivar los distintos intereses de los diferentes grupos para poder incorporarlos en la medida de lo posible tanto en el diseño e implementación de los servicios domiciliarios como en el seguimiento y evaluación de los mismos.

Por estas razones, se ha realizado un análisis preliminar de las necesidades/expectativas de los diferentes grupos de interés, sin perjuicio de una profundización posterior.

Para pacientes y cuidadores, y a falta de un estudio específico en la Comunidad Valenciana, se ha realizado una síntesis de varias publicaciones del Servicio Andaluz de Salud asumiendo la similitud de necesidades y expectativas de estos colectivos en ambas CCAA:

- Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales. Junta de Andalucía. Consejería de Salud 2001.
- Proceso Atención al Paciente Pluripatológico, Junta de Andalucía. Consejería de Salud 2002.
- Plan Integral de Oncología de Andalucía 2002-2006. Junta de Andalucía. Consejería de Salud 2002.

En el caso de los profesionales médicos, enfermeros y trabajadores sociales se ha utilizado:

- Material obtenido de los grupos nominales.
- Las publicaciones anteriormente mencionadas del Servicio Andaluz de Salud.
- Revisión por parte miembros seleccionados de los tres colectivos profesionales sanitarios en la CV.

## PACIENTES

***Accesibilidad:** Facilidad para el contacto con los profesionales por teléfono o físico, hace referencia al acceso físico y telefónico, tiempos de espera, horario,...*

- Atención domiciliaria las 24 horas y los 7 días de la semana.
- Visitas domiciliarias periódicas y programadas y cuya frecuencia evolucione con el progreso de la enfermedad.
- Visitas por iniciativa del profesional y sin que haga falta tener que insistirle.
- Teléfono 24 horas, donde poder acceder a un profesional sanitario en caso de que aparezca un problema, una urgencia, se necesite realizar una consulta...
- Elaborar circuitos especiales para estos pacientes para agilizar los ingresos en casos necesarios, para acceder a las pruebas complementarias, a las consultas,... Entradas especiales sin demoras: trato preferente.

- Facilidad para el ingreso hospitalario, si el paciente o la familia lo desea (por claudicación familiar o circunstancias concretas).
- Facilidad para acceder a la ambulancia para desplazamientos al Hospital.
- Acceso a medicación de uso restringido a través del médico de familia (opiáceos).
- Acceso a material y equipos que faciliten el cuidado en el hogar (camas articuladas, colchones antiescaras, sillas de ruedas,...).
- Que se proporcionen las recetas en el domicilio.
- Facilidades y ayuda para acceder a recursos sociales.

*Comunicación Comprensión del lenguaje. Escucha. Pedir opinión al usuario y cuidador. Hacerles partícipes de los cuidados.*

- Que el profesional tenga conocimiento del nombre, características personales y necesidades de los pacientes.
- Que el profesional demuestre interés personal por el paciente.
- Que el profesional disponga de tiempo suficiente para la escucha.
- Que el profesional adapte su lenguaje al nivel cultural y conocimientos del paciente.
- Facilitar y permitir la expresión de miedos y temores, fundamentalmente en las descompensaciones y fases finales de sus enfermedades.
- Que el profesional tenga las habilidades de comunicación para saber dar “malas noticias” y para relacionarse con los pacientes y familiares.
- Información, formación y apoyo por parte de los profesionales acerca de los cuidados y tareas que deben asumir.
- Información de cómo se va a desarrollar la enfermedad, adaptada a las necesidades y deseos de cada paciente y cuidador.
- Que los profesionales se preocupen también de la salud física y psicológica del cuidador familiar.
- Información acerca del horario concreto en el que van a recibir la visita domiciliaria por parte del profesional.
- Información clara y cuidada sobre como va a ser el “momento final”, adaptada a cada paciente y cuidador, a sus necesidades, deseos.

- Sentirse acompañados en esta fase final por los profesionales sanitarios.

**Tangibilidad:** *percepción sobre los recursos que se disponen, si estos son adecuados y suficientes.*

- Existencia de tableros o paneles informativos claros en centros de salud y hospitales.
- Inteligibilidad de folletos informativos, informes clínicos, recetas, etc.
- Informes de valoración del paciente actualizados y completos.
- Correcto funcionamiento de la comunicación telefónica.
- Que los equipos domiciliarios dispongan de los mismos recursos que se tienen en el hospital.
- Que los equipos domiciliarios dispongan de material moderno, adecuado y suficiente.
- Que el instrumental y medios diagnósticos utilizados estén en correcto estado de conservación y funcionamiento.
- Historia clínica única, compartida por todos los profesionales que intervienen en el proceso.

**Competencia y profesionalidad** *Competencia: Preparación, experiencia y conocimiento científico-técnico y referencial de los profesionales. Coordinación interna de la organización.*

- Profesionales con formación actualizada, con experiencia y con competencia técnica.
- Empleo de los medios diagnósticos y terapéuticos precisos.
- Empleo del tiempo necesario para la atención.
- Ayuda y apoyo al cuidador familiar ante la asunción de técnicas complejas, como el control de medicación intravenosa.
- Ayuda y apoyo a los cuidadores familiares para que se sientan capaces de proporcionar al paciente los cuidados que necesita, viviendo esta circunstancia con el menor estrés y ansiedad posible.
- Ayuda psicológica para el enfermo y el familiar cuidador. Incorporar la dimensión relacional y emocional en la práctica médica y enfermera. Profesionales bien formados en estos aspectos.
- Coordinación entre los diferentes niveles asistenciales, específicamente en lo que se refiere a los tratamientos.

- Coordinación interna entre los miembros de los equipos de atención.
- Acceso de todos los profesionales que intervienen a lo largo del proceso a la historia clínica del paciente (historia clínica única y compartida entre primaria y especializada).

**Trato:** *cortesía, amabilidad, consideración hacia el usuario y cuidador.*

- Trato humano y personalizado (amabilidad, comprensión y trato cariñoso con pacientes y familiares).
- Identificación clara del Médico y el Enfermero responsables de la atención al paciente.
- Apoyo por parte de los profesionales de enfermería a los familiares en su papel de cuidadores informales.
- Profesionales que demuestran empatía e interés por el paciente y su familia.
- Utilización del tuteo y la familiaridad tan sólo cuando lo autorice el paciente.
- Respeto a la intimidad del paciente tanto en el hospital como en su domicilio.
- Garantía de la honestidad y la veracidad de la información con independencia del pronóstico del paciente.
- Anticipación al paciente sobre la evolución más probable de su enfermedad.
- No transmisión al paciente de las diferencias de criterios entre profesionales, ni de información confusa.
- Confidencialidad por parte de “todos” los profesionales de los centros de salud y hospitales.

**Capacidad de respuesta :** *agilidad, capacidad de responder a tiempo y con diligencia. Adaptación flexible a las demandas.*

- Puntualidad en las visitas programadas.
- Rapidez de respuesta ante necesidad urgente de pacientes incluidos en programas domiciliarios.
- Rapidez de respuesta por parte de los profesionales del Servicio de Urgencias Extrahospitalarias.
- Rapidez de respuesta y agilidad en las Urgencias Hospitalarias. Acceso especial a estos pacientes.

- Simplificación del acceso desde los servicios de Urgencias Hospitalarias para la valoración por los médicos habituales de los pacientes.
- Utilización de las prestaciones sociales que el paciente precise en su domicilio en función de los recursos sociales disponibles y de la limitación funcional del paciente.
- Disposición de informes clínicos actualizados en cada momento que incluyan, al menos, profesionales de referencia (centro de trabajo y teléfono de contacto) problemas de salud, tratamientos farmacológicos y cuidados específicos.
- Agilidad de trámites en todo el proceso asistencial y en las diferentes fases de evolución de la enfermedad. Trato preferente, mediante identificación especial, reconocible por todos los profesionales (“tarjeta de identificación”).
- Solución rápida de situaciones imprevisibles o complicaciones desde cualquier ámbito asistencial con posibilidad de resolución telefónica.

***Fiabilidad Exactitud, realizar las cosas bien y a la primera.***

- Traslado de información comprensible, adecuada, suficiente y coherente entre los distintos profesionales y niveles asistenciales.
- Respuesta a las expectativas asistenciales generadas por los propios servicios sanitarios.
- Ajuste del horario a las posibilidades reales de asistencia en atención programada y urgente.
- Facilitar información suficiente al paciente que le permita tomar decisiones, si lo desea, sobre la actuación clínica futura.
- Dar tiempo para asimilar la información al paciente y a su familia.
- Aceptar decisiones de los pacientes que no coinciden con nuestra escala de valores por diferencias culturales y de creencias.
- Control total del dolor especialmente, y también del resto de posibles síntomas.
- Que no se cometan errores.

***Longitudinalidad y continuidad***

- Percibir que el cuidado del paciente permanecerá con independencia de la evolución y el pronóstico vital.



- Médico y Enfermero de referencia para AD no cambian, son estables.
- Comunicación fluida entre los profesionales de referencia del Hospital y Centro de Salud.
- Prever y solventar las situaciones de ausencia por enfermedad, vacaciones, permisos o cambios de plantilla, manteniendo profesionales responsables de referencia.
- Facilitar la libre elección de Médico.

## CUIDADORES

### *Profesionalidad y competencia*

- Profesionales de la máxima cualificación y garantía de equidad en la atención sanitaria.
- Medios técnicos suficientes en función de las necesidades reales del paciente.
- Trato deferente al cuidador principal o al familiar responsable del paciente.
- Respeto a la intimidad familiar.
- Advertencia de los riesgos en los tratamientos y las evoluciones adversas.
- Utilizar siempre información veraz.
- Unificación de criterios entre los niveles asistenciales.
- Información anticipada sobre el pronóstico vital del paciente.
- Comunicación directa con un familiar de referencia (cuidador principal) y garantía de confidencialidad institucional.

### *Capacidad de respuesta.*

- Tramitación cómoda (teléfono) de las solicitudes de atención en Atención Primaria y Atención Especializada.
- Sencillez para la comunicación telefónica con el Médico de Familia.
- Facilitar el contacto con los Trabajadores Sociales y equipos de apoyo domiciliario.
- Tramitación ágil de la renovación de recetas, incluidos visados y prestaciones no farmacéuticas.
- Posibilidad de contactar con los profesionales sanitarios en horario de tarde.

- Facilitar el circuito de sugerencias y reclamaciones, tanto formal como informal.

### *Fiabilidad*

- Evitar las informaciones contradictorias entre los distintos profesionales e instituciones sanitarias.
- Evitar abrir expectativas que uno u otro nivel asistencial no puedan cumplir.
- No imputar al otro nivel asistencial la falta de respuesta o asistencia satisfactoria.
- Asumir la puntualidad como derecho del paciente y su familia.
- Facilitar información suficiente a la familia, que ayude a implicar a la misma en las decisiones clínicas.
- Proporcionar la posibilidad de segundas opiniones médicas.
- Evitar las actitudes paternas o la imposición de tratamientos.

### *Tangibilidad*

- Similares a los descritos para el paciente.

### *Comunicación*

- Que los profesionales otorguen una importancia central al cuidador principal y su familia.
- Que los profesionales tengan conocimiento de las circunstancias familiares del paciente y sepan “ponerse en su lugar”.
- Que el profesional muestre capacidad de escucha activa, con empatía, cordialidad y sensibilidad.
- Que la información sea comprensible.
- Que el profesional emane ánimo, consuelo y apoyo.
- Que la comunicación e información sean fluidas y continuas durante todas las fases de la enfermedad.
- Que la enfermería informe de los cuidados al paciente durante todas las fases de la enfermedad.
- Que se me informe de los programas que existan en las redes sanitarias y sociales.
- Que se me informe de las prestaciones sociales y sanitarias a que tengo derecho.

### *Longitudinalidad y continuidad*

- Creación de vínculos estables de confianza con la familia del paciente.
- Médico y Enfermero de referencia para la familia, tanto en el Hospital como en el Centro de Salud de forma estable.
- Garantía de continuidad de atención cuando el paciente se traslade de domicilio, temporal o definitivamente.

*Seguridad: Percepción que tiene el cuidador principal si al estar en contacto con los profesionales aumenta o disminuye la seguridad física y/o emocional de su enfermo/a.*

- Tener un teléfono las 24 horas donde poder contactar con profesionales conocidos.
- Que los profesionales que atienden al paciente conozcan su historia.
- Que los profesionales que atienden al paciente se comuniquen entre ellos y todos estén informados de la situación del paciente.
- Saber que siempre acudirá alguien a la casa en caso de necesidad y que este profesional sepa como debe actuar.
- Que los pacientes atendidos en su casa estén tan bien cuidados como si estuviesen en el hospital.
- Tener la seguridad de que el paciente y su familia pueden decidir sobre si quieren morir en casa o en el hospital.
- Que los hospitales estén preparados para garantizar la posibilidad de morir en el hospital de forma íntima y humana.

## MÉDICOS

### *Profesionalidad y competencia*

- Formación para obtener la máxima cualificación en el manejo del paciente.
- Tratamiento respetuoso entre los profesionales de los niveles asistenciales.
- Tratamiento respetuoso, sin presiones injustificadas, por parte de los pacientes y sus familias.
- Que los profesionales con los que tengo que consultar estén capacitados y con conocimientos actualizados.

- Que los criterios o normas de actuación sean homogéneos y estén consensuados por todas las partes implicadas.
- Unificación de criterios asistenciales (derivación, atención, información, tratamientos) entre los niveles asistenciales.
- Uniformidad de taxonomías, instrumentos de valoración, escalas,... entre todos los profesionales y agentes implicados en los procesos domiciliarios.

### **Capacidad de respuesta. Agilidad. Accesibilidad**

- Transmisión de información entre niveles ágil y rápida.
- Ausencia de demoras en la comunicación entre profesionales de diferentes agentes.
- Apoyo mutuo entre niveles asistenciales en caso de sobrecarga o situaciones de claudicación familiar.

### **Fiabilidad**

- Coherencia interna entre profesionales en las propuestas de actuaciones con el paciente.
- Prevenir reproches mutuos entre los niveles asistenciales.
- Permitir decisiones compartidas entre los profesionales sanitarios.

### **Tangibilidad**

- Existencia de dotación técnica que permita la comunicación entre niveles (teléfono, fax, móviles, correo electrónico, Internet).
- Espacios adecuados y medios técnicos suficientes para el ejercicio profesional.
- Número de pacientes razonable que permita garantizar el adecuado ejercicio profesional.
- Disponer de suficiente tiempo disponible para la AD.
- Disponer de plantillas dimensionadas para las cargas reales de trabajo y para la dispersión geográfica.
- Disponer de recursos sociales para los pacientes.
- Disponer de instrumentos de motivación suficiente.

### **Comunicación**

- Confianza por parte del paciente y su familia en el profesional sanitario.

- Buena comunicación/cooperación con enfermeros y demás profesionales implicados en la atención.
- Recibir informes actualizados cuando los pacientes son atendidos por profesionales de otros agentes.
- Coherencia en la información transmitida a pacientes y a familiares.
- Utilización de documentación clínica compatible, compartida y a disposición del paciente.
- Garantía de confidencialidad en las actuaciones profesionales.
- Comunicación directa con un familiar de referencia (cuidador principal) y garantía de confidencialidad institucional.

### **Longitudinalidad y continuidad**

- Facilitar la estabilización en las relaciones con pacientes y familias, evitando cambios sucesivos de Médico y Centro Sanitario.

## **ENFERMERAS**

### *Profesionalidad y competencia*

- Formación para obtener la máxima cualificación en el manejo del paciente
  - ✓ Formación ajustada a las necesidades.
  - ✓ Formación sustituida durante el periodo laboral.
- Investigación para desarrollar conocimiento enfermero en AD:
  - ✓ Desarrollo de proyectos de investigación liderados por enfermeras.
  - ✓ Desarrollo de líneas de investigación y financiación en la investigación de enfermería en AD.
- Medios técnicos suficientes para el control de los pacientes:
  - ✓ Contar con material adecuado y en buen estado de conservación.
  - ✓ Indemnización por uso del vehículo propio en AD.
  - ✓ Disponer de maletines especialmente diseñados para la AD; bibliografía sobre taxonomías de diagnósticos (NANDA), intervenciones (NIC) y resultados (NOC) para consulta y guía de la planificación de los cuidados;

elementos de telecomunicación como teléfonos móviles para garantizar un contacto rápido, ante cambios en la situación del paciente y agendas informáticas que faciliten la recogida de información sobre cuidados en los domicilios.

- Reconocimiento profesional por parte de la administración:
  - ✓ Percepción de reconocimiento profesional por parte de la administración.
  - ✓ Reducir la invisibilidad de la enfermera respecto al usuario.
  - ✓ Asignación de población a la enfermera.
  - ✓ Identificar en la tarjeta SIP del usuario el nombre de su enfermera.
  - ✓ Establecer una carrera profesional que permita diferenciar y estimular a los profesionales con mejor práctica.
  - ✓ Libre elección de enfermera.
  - ✓ Reconocimiento retributivo en función de la población asignada a la enfermera.
  - ✓ Promoción del rol autónomo de la enfermera por parte de la Conselleria. Asignar responsabilidades a la enfermera de forma normativa con reconocimiento del rol autónomo.
  - ✓ Capacidad para emitir informes y derivar a otros profesionales.
  
- Número de pacientes razonable que permita garantizar el adecuado ejercicio profesional: no acumulación de dos cupos médicos por enfermera.
- Tratamiento respetuoso entre los profesionales de los niveles asistenciales.
- Tratamiento respetuoso, sin presiones injustificadas, por parte de los pacientes y sus familias.
- Coherencia en la información transmitida a los familiares entre los miembros del equipo.
- Unificación de criterios asistenciales (derivación, atención, información, tratamientos) entre los miembros del equipo.
- Unificación de criterios asistenciales (derivación, atención, información, tratamientos) entre los niveles asistenciales.
- Utilización de documentación clínica compatible, compartida y a disposición del paciente.

- Garantía de confidencialidad en las actuaciones profesionales.
- Comunicación directa con un familiar de referencia (cuidador principal) y garantía de confidencialidad institucional.

### **Capacidad de respuesta. Agilidad. Accesibilidad**

- Transmisión de información entre niveles ágil y rápida.
- Apoyo mutuo entre niveles asistenciales en caso de sobrecarga o situaciones de claudicación familiar.

### **Fiabilidad**

- Afinidad en las propuestas de actuaciones con el paciente.
- Prevenir reproches mutuos entre los profesionales sanitarios y entre los niveles asistenciales.
- Permitir decisiones compartidas entre los profesionales sanitarios.

### **Tangibilidad**

- Existencia de dotación técnica que permita la comunicación entre niveles (teléfono, fax, móviles, correo electrónico, Internet).
- Existencia de recursos de apoyo
  - ✓ Creación y potenciación de redes de apoyo social (GAM, Talleres de formación de cuidadores).
  - ✓ Creación de residencias de respiro y posibilidad de ingresar de forma directa por parte de las enfermeras.
  - ✓ Existencia de consultores de enfermería.
  - ✓ Desarrollo de los servicios de fisioterapia domiciliaria.
  - ✓ Existencia de prestaciones de ayuda al cuidado como: camas articuladas (con colchón), grúas eléctricas para la movilización de pacientes, colchones y cojines antiescaras, protectores preventivos de escaras de talón, aspiradores eléctricos portátiles, entremetidas para la movilización de pacientes encamados, empapadores de cama para pacientes con incontinencia, andadores y barandas abatibles adaptables a todo tipo de camas,...

### **Comunicación**

- Confianza por parte del paciente y su familia en el profesional sanitario.

### **Longitudinalidad y continuidad**

- Facilitar la estabilización en las relaciones con pacientes y familia asignando e identificando a su enfermera de referencia.

### **Organización**

- ✓ Desarrollo de la metodología de cuidados.
- ✓ Desarrollo de circuitos que permitan la circulación de la información entre APS y AE.
- ✓ Desarrollo del informe al alta / ingreso de enfermería.
- ✓ Capacidad de derivación (normativa) al médico general, UHD cuando las condiciones de cuidados requieran su valoración/intervención.
- ✓ Capacidad de prescripción (normativa) de material de apoyo para el cuidado y la dependencia.

## **TRABAJADORAS SOCIALES**

### **Expectativas del trabajador social (en adelante TSS) del sistema de salud respecto a la AD en la Comunidad Valenciana**

#### *Competencia y Profesionalidad*

- Facilitar al TSS de primaria su inclusión real en el PAD, en estos momentos dificultada por la sobrecarga asistencial de la tramitación de la tarjeta solidaria. Y potenciar su aportación dentro del equipo.
- Mejorar la gestión de la información sociosanitaria entre los TS, con canales fluidos dentro del propio sistema de salud y con los servicios sociales. En relación a: conclusiones de grupos de trabajo, experiencias significativas, documentación, legislación, recursos, temas de actualidad, etc.
- Recibir formación específica sobre la prestación domiciliaria a cargo de la Escuela Valenciana de Estudios para la Salud, conjuntamente TS de sanidad y de servicios sociales.
- Posibilitar foros de encuentro y debate entre profesionales del espacio domiciliario de ambos sistemas.
- Apoyo mutuo entre niveles sanitarios y sectores, evitando trasladar directamente carga asistencial y administrativa a otros agentes o creando falsas expectativas al usuario de que



otras instancias le resolverán su problema (APS, Ayuntamientos,...).

- Elaboración de una cartera de servicios específica de TSS en el ámbito domiciliario y divulgación de la misma entre el equipo, paciente-familia y otras instituciones que intervienen en este ámbito.
- Analizar cuantitativa y cualitativamente el perfil del paciente domiciliario, detallando las diferencias entre el de UHD y el de primaria.
- Crear una dinámica de trabajo conjunta además del intercambio documental e informativo entre primaria y UHD, realizando cuando proceda, sesiones de trabajo y visitas domiciliarias conjuntas. Delimitando las funciones del TS de un sistema y otro en estos casos. Definiendo las que son comunes y las específicas de cada campo.
- Mejorar el acercamiento entre el TSS de primaria y el voluntariado que presta AD en su zona de salud.
- Unificar procedimientos de detección, derivación e inclusión entre ambos sistemas.
- Establecer protocolos de coordinación a nivel institucional entre ambos sistemas, a seguir independientemente de la voluntad y buena relación de los profesionales.

### *Tangibilidad*

- Incrementar la dotación presupuestaria para el ámbito domiciliario por parte de los diferentes sistemas de protección.
- Respecto al Servicio de Ayuda a Domicilio:
  - ✓ Mejorar la coordinación con los servicios sociales para agilizar la gestión.
  - ✓ Incrementar la dotación presupuestaria.
  - ✓ Que el equipo de atención primaria imparta formación a las auxiliares de hogar sobre aquellos aspectos que considere necesario reforzar.
  - ✓ Estandarizar un programa único toda la Comunidad Valenciana que uniforme criterios, baremos, acceso, concesión y prestación.
- Mejorar el acercamiento mutuo entre instituciones y profesionales implicados en la provisión de servicios domiciliarios: salud, servicios sociales, tejido asociativo, etc.

- Potenciar los recursos de respiro familiar y las estancias temporales en residencias de mayores, facilitando un acceso más ágil y flexible.
- Seguir cuidando al cuidador, desde todas las instituciones implicadas y con un trabajo conjunto y coordinado.
- Universalización de los servicios sociales: aunque éste sea un principio de los mismos, en la práctica se ciñe exclusivamente al servicio de información y orientación, el resto de prestaciones no lo son.
- Reducir la heterogeneidad de recursos sociales y sanitarios existentes entre las áreas de salud.
- Mejorar el sistema de registro de la actividad del TSS de atención primaria, ya que los ítems y datos evaluados no reflejan en su globalidad, la actividad desarrollada. En este momento se cuantifican los días registrados, el nº de entrevistas en el centro y el nº de intervenciones a domicilio.

#### *Capacidad de respuesta.*

- Implantar el Programa de Planificación del Alta Hospitalaria. Mejorando la detección y derivación del paciente con riesgo social y la coordinación entre primaria y especializada en la gestión conjunta de estos casos.
- Evitar la errónea identificación del TS del sistema sanitario con un TS del sistema de servicios sociales inserto en el de salud. Con ello concienciar sobre la diferente capacidad de maniobra en la tramitación de determinados recursos como pueda ser el servicio de ayuda a domicilio.
- Ampliar la intervención domiciliaria en el ámbito del Programa del Niño Sano.

## **D.2.- IDENTIFICACIÓN DE ELEMENTOS DE MEJORA POR PARTE DE LOS PROFESIONALES MEDIANTE LA TÉCNICA DE GRUPO NOMINAL**

**ENFERMERAS**

**MÉDICOS**

**TRABAJADORAS SOCIALES**

RESUMEN DE ELEMENTOS DE MEJORA PROPUESTOS POR LAS ENFERMERAS MEDIANTE LA TÉCNICA DE GRUPO NOMINAL		
Nº	Descripción	Punt.
1	Atención, formación y apoyo a los <b>Cuidadores</b> : potenciar la capacitación individual y la intervención comunitaria (grupos ayuda mutua, talleres para cuidadores,...). considerar al cuidador principal como grupo de atención específico del sistema.	207
2	Creación de <b>Guías y protocolos</b> por patologías en AD y promoción de su uso.	205
3	Zonificación - sectorización de UME completa.	135
4	<b>Enfoque Interdisciplinar</b> (médico, enfermería, trabajador social) e integración de recursos en torno al paciente: PAD - Unidades de apoyo (Rehabilitación, U.S.Mental)- UHD y Atención Especializada y Servicios Sociales.	128
5	Disponer <b>Medios Materiales Suficientes</b> , espacios,... para correcta AD.	122
6	<b>Coordinación Externa</b> : enfermería con Hospital, UHD y C. Especialidades mediante establecimiento de Sistema de Intercomunicación (Informe Enfermería al Alta, Informe Enfermería al Ingreso). Asignar a la <b>Enfermera como la coordinadora de AD</b> dentro de cada EAP y con la UHD.	117
7	Asignación normativa a Enfermería (P.e.: incluir en tarjeta sanitaria Médico y Enfermera de cabecera) con <b>Acceso directo del paciente a su enfermera</b> , y conseguir así un alto grado de personalización de la asistencia.	109
8	Unificar criterios de <b>Modelo de Enfermería</b> + Diagnósticos de Enfermería y <b>consensuar Instrumentos</b> de valoración, derivación y evaluación en AD.	108
9	<b>Zonificación - sectorización de UME completa</b> (incluyendo Médicos y Enfermería) y además por unidades familiares.	106
10	Aumento de <b>Recursos Humanos</b> en AD: incorporación de Fisioterapeutas (RHB), Psicólogos (USM), Auxiliares en funciones de apoyo a Enfermería, T, Sociales (1 por CS) , etc.	105
11	<b>Motivar a Enfermería</b> en AD: Transporte, sustitución para Congresos, material, más rrrh, más salario, más reciclaje,...	92
12	Identificación de pacientes susceptibles y elaborar una <b>Tipología de pacientes en AD</b> .	82
13	Sistematizar <b>Reuniones Periódicas</b> del EAP en AD (solo sesiones de enfermería o Md-Enf o incluso ampliada a otros agentes como voluntariado, farmacéuticos,...) para estudio de casos, formación en AD para Md-Enf que incluya bibliografía y enfoque sistémico familiar.	75
14	Definir y publicitar la <b>Cartera de Servicios Enfermeros en AD</b> .	73

15	<b>Coordinación Interna:</b> Md-Enf-TSS-AuxE en todo el proceso de AD. Coordinar el programa de crónicos en consulta enfermería con el de PAD. Mejora uso de la Hª Clínica y de Protocolos.	70
16	<b>Zonificación-sectorización solo de Enfermería.</b>	65
17	Aumentar y Mejorar la <b>Disponibilidad de Recursos Sociales</b> para apoyo de la AD, incluyendo la eliminación barreras arquitectónicas.	63
18	Creación de la « <b>Enfermería de Enlace</b> ».	50
19	Creación de <b>Responsables del programa AD</b> médico – enfermera.	37
20	Priorizar las actividades de <b>Promoción, Prevención y Rehabilitación en AD</b> sobre las asistenciales.	36
21	<b>Otorgar capacidad normativa de derivación de la Enfermera hacia el Médico, la TS,</b> ...y que el otro profesional atienda a la derivación de la enfermera.	35
22	Establecer <b>Criterios mínimos de calidad en el PAD.</b>	35
23	Fomento del desarrollo de la <b>Investigación en AD.</b> Evaluación de calidad de vida.	34
24	<b>Guía de Recursos Sociosanitarios</b> disponibles en cada área, como Información a profesionales y usuarios.	31
25	Incorporar <b>Modulo Enfermería en Abucasis II (Historia Clínica Electrónica).</b>	30
26	Mejorar el sistema de gestión y recuperación de <b>Material Ortoprotésico y Ayudas Técnicas.</b>	28
27	<b>Búsqueda activa</b> de pacientes susceptibles de AD y de cuidadores mediante aumento de captación en consultas de Medicina y de Enfermería.	26
28	Definir una <b>Historia Domiciliaria</b> del paciente ubicada permanentemente en el domicilio.	23
29	Ampliación <b>Cobertura de la HAD al 100%</b> de las Areas Sanitarias.	22
30	<b>Unificación de todos los programas de AD</b> de la Comunidad Valenciana.	17
31	<b>Mayor colaboración con la TS</b> en el EAP.	15
32	Potenciar cuidados a pacientes <b>Terminales</b> , acompañantes y familia.	14
33	Dedicar más tiempo a la <b>Prevención de úlceras y de las complicaciones que provoca la inmovilización</b> de pacientes en AD.	13
34	<b>Evaluar objetivos y trabajo en AD</b> a nivel individual (pacientes y cuidadores), a nivel de EAP y a nivel de Area.	10
35	<b>Crear un Equipo de Soporte exclusivo para APS</b> (médico - enfermería) similar a la UHD pero en APS.	9
36	Necesidades del PAD adaptadas a cada ZBS.	8
37	Mejorar <b>Formación</b> del EAP en acompañamiento, relación de ayuda y técnicas específicas.	8
38	<b>Aumento del Tiempo dedicado a AD</b> por Médicos y Enfermería.	8
39	<b>Contrato de Gestión:</b> Negociar (objetivos, indicadores, seguimiento, incentivación,...) la actividad de AD.	8

40	Campaña de <b>Marketing Interno</b> a profesionales para promocionar la AD.	8
41	<b>Distribución de responsabilidades y actividades</b> claramente definidas dentro del EAP.	7
42	Actuar sobre <b>Situación psicosocial del paciente.</b>	7
43	<b>Priorizar la AD</b> desde la Conselleria.	6
44	<b>Tener objetivos a corto plazo</b> de AD en EAP.	6
45	Medidas de <b>Aumento de empatía entre profesionales y pacientes:</b> cumplir con los compromisos adquiridos con los pacientes.	5
46	Mejora de la actividad de <b>Registro de la AD en la Historia Clínica</b> , en especial la parte sociofamiliar.	5
47	<b>Creación de Registro de pacientes AD</b> con pautas de medicación actualizada de cada paciente.	4
48	<b>HAD coordinada desde APS.</b>	4
49	Creación de <b>Registro de Cuidadores en AD.</b>	3
50	Evitar presupuestos estancos para Especializada y Primaria: que el dinero siga al paciente, para <b>Evitar la descarga del Hospital sobre la APS sin equilibrio.</b>	2
51	Crear <b>Carta de Derechos y Deberes del paciente y familiares</b> en AD.	2
52	Mobilización, promoción, formación y apoyo del <b>Voluntariado sociosanitario.</b>	2
53	<b>Suprimir las UHD</b> , potenciar el PAD y mejorar la relación APS-Hospital.	1
54	Crear <b>Hojas de Reclamaciones para los profesionales</b> en AD.	1

## RESUMEN DE ELEMENTOS DE MEJORA PROPUESTOS POR LOS MEDICOS MEDIANTE LA TECNICA DE GRUPO NOMINAL

Nº	Descripción	Punt.
1	Crear <b>Programa de AD vertical unificado para toda la CV</b> al estilo del Programa del Niño Sano: <b>Definición clara de funciones de cada miembro del EAP</b> - con especial referencia a médicos -, con objetivos evaluables y con evaluación real.	200
2	Programar <b>Tiempos específicos para AD en la agenda de cada médico</b> . Liberar <b>Tiempo para la AD mediante mejora de la organización</b> (desburocratización).	148
3	Trabajar en AD por <b>Guías de Práctica Clínica, trayectorias clínicas y protocolos validados a nivel de CV</b> . Elaboración de <b>Protocolos conjuntos (AP-AE) de derivación y de atención por grupos patológicos</b> .	99
4	<b>Formación</b> en áreas identificadas como deficitarias en AD por los propios profesionales: Paliativos, Valoración Multidimensional, Valoración de la dinámica familiar, Actividades preventivas en AD,... <b>Facilitar rotatorios UHD&lt;&gt;EAP</b> .	91
5	Crear soporte documental para permanecer en domicilio del paciente ( <b>Historia Domiciliaria</b> ) para uso de otros EAPs –ancianos «golondrina»-, UHD, Urgencias, CICU, Urg Hospital,...	82
6	Dotar de <b>Recursos adecuados para la AD en APS, tanto en RRHH como en Tecnología</b> .	82
7	Crear programa de <b>Formación y Apoyo a Cuidadores</b> .	75
8	Delimitar <b>Qué pacientes son susceptibles de AD</b> y crear un <b>Registro de pacientes de AD en cada CS</b> .	72
9	Incorporación de U. Apoyo como actores en AD: <b>U.B. Rehabilitación y U. Salud Mental (también UHD y Especialistas)</b> .	69
10	Mejorar la AD a pacientes <b>Oncológicos en fase Terminal</b> .	51
11	Mejorar <b>Coordinación con otros niveles</b> : UHD, U. Cuidados Paliativos, Hospital Media Larga Estancia.	41
12	<b>Servicios Sociales</b> : aumentar la disponibilidad en APS de medidas de apoyo al Cuidador Principal (SAD, Cuidados de Respiración,...y alternativas Institucionales ante la claudicación familiar).	38
13	<b>Resolver los Modelos de Asignación de pacientes y de Organización Asistencial</b> : ¿Sectorización Enfermería y Médicos; potenciación de UME; agrupación de UMEs (mini-equipos dentro EAP); resolver mezcla NM / MT, resolver desequilibrio entre cupos en relación a cargas de trabajo,....?.	37
14	Establecer <b>Instrumentos de Valoración Multidimensional unificados en toda CV</b> , así como los criterios para el seguimiento y evaluación de pacientes en AD.	36

15	Crear una <b>Unidad específica dedicada a AD dentro de cada EAP</b> entre los profesionales del Centro de Salud.	34
16	Mejorar la <b>infraestructura Telefónica</b> para una comunicación rápida y eficaz entre profesionales del EAP y con Especializada y para reforzar la Consulta Telefónica con pacientes en AD.	33
17	<b>Motivar e incentivar</b> a los profesionales en AD.	31
18	Crear la figura de « <b>Responsables de AD</b> » en cada CS (Médico + Enfermería).	17
19	<b>Búsqueda activa</b> pacientes susceptibles de AD a través de consulta médica y de enfermería y del diseño y ejecución de un programa de identificación / captación .	16
20	Completar <b>Cobertura de UHD al 100% en Area.</b>	15
21	Fomento de la <b>Relación entre los distintos profesionales, y entre éstos y el cuidador principal.</b>	8
22	Crear sistemática de <b>Reuniones programadas entre los actores de la AD.</b>	7
23	Evitar gravosidad del <b>Transporte para los profesionales en AD:</b> identificación para aparcamiento, multas, accidentes,...	5
24	<b>Guía de Recursos Sociales y Sanitarios:</b> disponer de información sobre recursos disponibles para los profesionales.	4
25	<b>Potenciar Enfermería para la AD.</b>	4
26	<b>Sensibilizar a profesionales en la filosofía de AD:</b> objetivos de mejora de calidad de vida y de garantía de muerte digna.	4
27	Establecer <b>Prioridad a pacientes AD para resolución eficaz de valoraciones y exploraciones en Especializada.</b>	4
28	<b>Utilización racional del Transporte Sanitario a cargo de Sanidad en pacientes en AD</b> (no ambulancia para ir a tomar la tensión arterial).	3
29	Mejorar el <b>Tiempo de respuesta de Empresas Privadas</b> en aporte de material de soporte a domicilio (oxigenoterapia,...).	1
30	Mejorar la <b>Información al usuario sobre los servicios de AD.</b>	1
31	Mejorar el conocimiento de <b>¿Qué hacen otros EAPs en AD?.</b>	1



**RESUMEN DE ELEMENTOS DE MEJORA  
PROPUESTOS POR LAS TRABAJADORAS SOCIALES  
MEDIANTE LA TECNICA DE GRUPO NOMINAL**

Nº	Descripción	Punt.
1	Elaborar <b>Programa Marco y Vertical de AD</b> (Modelo Programa Niño Sano) con todos los profesionales implicados y aprovechando los programas ya existentes en muchos EAPs con adaptación local en su aplicación.	140
2	Establecer <b>Protocolos Institucionales de Coordinación</b> para poder trabajar al margen de la buena relación personal: dentro de Sanidad (At.Especializada, At Primaria, U. Apoyo); con Bienestar Social; con Municipios; con Asociaciones.	109
3	<b>Contemplar y considerar al TSS en el PAD:</b> Determinación de funciones, actividades, responsabilidades del TSS en APS. Elaboración de protocolos de derivación interna al TSS dentro del EAP. Desconocimiento de funciones de la figura del TSS y falta de interés por parte del resto del EAP. Insatisfacción TSS con el contenido de su trabajo, p.e.: tramitar tarjeta sanitaria a emigrantes.	60
4	<b>Más presupuesto para programas SAD públicos y menos para programas SAD privados</b> (asistimos a multiplicación de programas privados SAD –con y sin ánimo de lucro– con financiación múltiple, limitados en el tiempo –p.e.:6 meses–; con criterios inclusión desconocidos,... a asociaciones tipo Tyrius,...) al objeto de garantizar estabilidad y calidad de los SAD.	56
5	Establecer <b>Canales Institucionales de Coordinación con S. Sociales Municipales.</b> Agilización de solicitudes de SAD al Municipio cursadas por TSS, teniendo en cuenta la propia valoración de TSS del EAP y no rehaciendo de nuevo valoración por parte del TS del Ayuntamiento.	55
6	Implantar <b>Programa de Planificación Alta Hospitalaria.</b>	53
7	<b>Visita inicial del TSS</b> a todos los domicilios en el momento de su inclusión en PAD <b>y Visitas periódicas de TSS de seguimiento</b> a domicilios en pacientes incluidos en el PAD.	52
8	<b>Establecer las competencias de cada uno de los sectores sanitario y social</b> (qué le toca hacer a cada uno). Por ejemplo, aclarar las responsabilidades en el cuidado al paciente entre personal sanitario del EAP y las auxiliares del SAD en cuanto a movilización, uñas pies,...	45
9	<b>Potenciar la actitud preventiva:</b> detectar ancianos solos, barreras arquitectónicas, situaciones de previsible deterioro,... Establecer los mecanismos para la <b>Detección de población de riesgo social.</b>	43
10	<b>Cuidados de Respirio Familiar:</b> crear-aumentar recursos y elaborar programa. Mayor flexibilidad para acceso a estancias temporales y urgentes en Residencias Asistidas.	39

11	Potenciar el <b>Intercambio de información dentro del EAP</b> por medio de H <sup>a</sup> C, reuniones periódicas de revisión de casos sociales,...	37
12	Elaboración conjunta de <b>Protocolos unificados de captación, derivación e inclusión entre Especializada, EAP y S. Sociales Municipales.</b>	36
13	Más dotación económica <b>SAD Municipales.</b>	36
14	<b>Aumento de TSS en EAPs:</b> 1 por Centro de Salud.	36
15	<b>Evaluación obligatoria del PAD</b> (los Médicos no hacen caso y no van a domicilio. Las Unidades de Apoyo tampoco).	32
16	<b>Cuidadores:</b> Incluirlos como clientes, tratarlos y dar formación teórico - práctica .	29
17	<b>Creación Recursos Sociosanitarios:</b> Centros Día, Residencias Asistidas,...	24
18	<b>Ampliación del perfil de atención social</b> (hay nuevas necesidades insatisfechas).	21
19	<b>Formación - Información a Sanitarios de EAP</b> sobre recursos y acceso a los mismos, por parte de TS del Ayuntamiento y del TSS del C.Salud mediante sesiones clínicas,...	20
20	<b>Prestación Servicio Universal</b> ajustado a cada persona (mediante subvención pública + complemento particular en función de ingresos).	19
21	<b>Voluntariado:</b> creación a nivel local, pero que no se le considere como sustituto de un profesional, sino como un recurso de ocio y tiempo libre. Responsabilización por TSS de su funcionamiento, calidad, actividades,... Protocolizar derivación y coordinación TSS – voluntariado.	19
22	Si existe perfil de riesgo social, <b>Protocolizar la derivación desde UHD (TSS si hay) al TSS de APS .</b>	18
23	<b>Formación a TSS</b> (y EAP): Duelo, Atención a las Familias, Estrés Cuidadores, Trabajo en Equipo.	17
24	<b>Unidades de Apoyo</b> : que se incorporen al PAD pues actualmente se niegan a ir al domicilio.	7
25	Establecer el <b>Soporte Documental para la Derivación</b> sanitario a social y viceversa.	7
26	<b>Formación a Auxiliares del SAD</b> teórico-práctica.	6
27	Elaboración de <b>Instrumento de detección perfil de riesgo social</b> y de Protocolos de derivación a TS desde el resto del EAP.	6
28	Unificar la <b>Valoración Sociofamiliar y del Apoyo Social</b> en toda la CV. También Valoración Multidimensional.	6
29	Unificar los <b>Criterios de Acceso a los Servicios Sociales.</b>	5
30	Gestión y recuperación del <b>Material Ortoprotésico y Ayudas Técnicas.</b> Potenciar las ayudas ortoprotésicas. Mejorar el conocimiento y la accesibilidad entre profesionales y usuarios de las ayudas técnicas sociales y sanitarias.	5

<b>31</b>	Reducir la <b><i>Heterogeneidad de Recursos Sanitarios y Sociales</i></b> entre Zonas Básicas y Areas de Salud: Dotación de rrhh, M. Tradicional y Nuevo Modelo APS, UHD o no,...	<b>4</b>
<b>32</b>	A partir de directrices homogéneas, <b><i>Poder comparar el funcionamiento de TSS entre EAPs</i></b> (actualmente solo solicitan indicadores de actividad).	<b>4</b>
<b>33</b>	<b><i>Información a Familias sobre disponibilidad del servicio de TSS.</i></b>	<b>3</b>
<b>34</b>	<b><i>Reimpulsar el Concepto de Atención Integral</i></b> , que en la práctica se ha convertido en biólogo, no social.	<b>3</b>
<b>35</b>	Crear y potenciar <b><i>Grupos de Ayuda Mutua</i></b> (GAM). Actualizar la Guía de GAM de 1995.	<b>2</b>
<b>36</b>	Evitar la <b><i>Derivación engañosa y creación de falsas expectativas generadas desde Sanidad</i></b> (Hospitales, CS) hacia Ayuntamientos: ¡¡Vaya Usted al Ayuntamiento y allí se lo arreglarán todo... cuando no es cierto!!	<b>1</b>



### **D.3.- ANÁLISIS ESTRATÉGICO**

**D.3.1.- ANÁLISIS EXTERNO: MACROENTORNO.**

**D.3.2.- ANÁLISIS EXTERNO: MICROENTORNO.**

**D.3.3.- ANÁLISIS INTERNO.**

**D.3.4.- DAFO GENERAL.**



### **D.3.1.- ANÁLISIS EXTERNO: MACROENTORNO.**

¿Qué factores del exterior de la AD pueden afectar a sus actividades?

Podemos dividir el entorno externo en uno general (macroentorno) y otro específico sanitario (microentorno).

#### **MACROENTORNO**

Existen múltiples factores del macroentorno que pueden afectar favoreciendo o dificultando el desarrollo de la AD, entre los que podemos señalar como más relevantes:

##### **1.- ASPECTOS DEMOGRÁFICOS**

*El volumen de personas enfermas y dependientes, su tendencia creciente y el incremento correspondiente de necesidades de AD, suponen al mismo tiempo una amenaza y una oportunidad para el desarrollo de la AD.*

###### **A. El envejecimiento progresivo de la población**

- La cifra de mayores de 64 años en nuestra CV ha pasado de 525.397 en 1991 a 682.837 en 2000 y ya superarán las 700.000 personas a principios de 2003. Este incremento ha supuesto que el porcentaje de mayores haya pasado del 13,6% en 1991

al 16,6% en 2.000. Actualmente a finales de 2003, el 17,3 % de las 4.387.098 personas con derecho a atención sanitaria son mayores de 64 años.

- Este fenómeno demográfico se acentúa especialmente debido a dos causas, las bajas tasas de natalidad y la alta esperanza de vida (74,4 años para los hombres y 81,6 años para las mujeres).

### **B. Aparición de nuevos colectivos: La inmigración**

- Además del impacto general sobre los servicios sanitarios del fenómeno migratorio general, en nuestra comunidad se produce un fenómeno específico que contribuye al envejecimiento y al incremento de la demanda de AD: la corriente migratoria de jubilados europeos que instalan su residencia en las zonas costeras y que reciben atención sanitaria en sus domicilios.

## **2.- ASPECTOS SOCIOCULTURALES**

### **A. Cambios de la estructura familiar dificultan el desarrollo de la AD.**

Se aprecian cambios de la estructura familiar que dificultan el desarrollo de la AD al provocar, entre otros, una disminución sustancial de candidatos a cuidadores:

- Disminución del número de miembros por familia.
- Dispersión geográfica de los hijos.
- Aumento de nuevas modalidades de convivencia debido al incremento de divorcios y de familias monoparentales.
- Reducción del tamaño de las viviendas.

### **B. Los cambios del modelo social en relación a los servicios sanitarios exige la adaptación de los servicios domiciliarios para satisfacer sus expectativas.**



Población cada vez más informada, con más cultura sanitaria y más exigente en cuanto a la participación en las decisiones que les afectan, a la calidad técnica, al trato e información recibidos y a la facilidad de acceso e inmediatez de las prestaciones.

### ***C. El aumento de la disponibilidad solidaria de la comunidad puede contribuir al desarrollo de la AD.***

La sociedad civil está dispuesta a contribuir al apoyo de sus miembros más desprotegidos. Existe un auge evidente la solidaridad, y muchos individuos, grupos e instituciones de la comunidad tienen voluntad y disponibilidad para aportar su esfuerzo solidario. El crecimiento de asociaciones de voluntariado y de grupos de ayuda mutua son un reflejo de esta tendencia. Sin embargo, desde el Sistema Sanitario no se ha dedicado suficiente tiempo ni energía a dar cauces operativos a esta voluntad y disponibilidad solidaria de la Comunidad.

## **3.- ASPECTOS TECNOLÓGICOS**

### ***A. El avance de las tecnologías permite aumentar la cartera de servicios y técnicas domiciliarias, la capacidad de resolución en los domicilios, la comunicación de los profesionales entre sí y con los beneficiarios, y facilita la permanencia de los pacientes en sus hogares.***

- ✓ *El desarrollo de las TIC (Tecnologías de la Información y Comunicación) y el despliegue de la infraestructura de telecomunicaciones en nuestra comunidad (informatización, telefonía móvil, desarrollo de internet y de la red de banda ancha,...) permite grandes avances para la AD:*
  - *Historia Clínica Electrónica y su acceso desde el domicilio on line o en diferido mediante ordenadores de mano;*
  - *La consulta telefónica, intercomunicación entre profesionales;*
  - *Telemedicina: desarrollo de sensores capaces de monitorizar parámetros a distancia; la teleconsulta, ...*

Todo ello contribuye a la reducción de desplazamientos de los pacientes a los puntos de atención y de los profesionales a los domicilios.

- ✓ *Miniaturización de las tecnologías sanitarias diagnósticas y terapéuticas* (ECG, pulsioxímetros, autoanalizadores de parámetros sanguíneos, bombas de infusión programables,...) permiten su portabilidad y, como consecuencia aumentar la cartera de procedimientos técnicos ejecutables directamente en los domicilios.
  - ✓ La disponibilidad en el mercado *de equipamiento médico domiciliario para procesos de larga duración* (Terapias respiratorias, ventilación mecánica, nutrición artificial, diálisis,...) permiten prolongar la permanencia de los pacientes en sus domicilios.
  - ✓ *El nivel de desarrollo de ayudas técnicas, adaptaciones en el hogar y la teleasistencia* facilitan que las personas ancianas o discapacitadas puedan permanecer en el domicilio con su incapacidad.
- B. Nuestros mayores y los colectivos de bajo nivel de instrucción, tienen escasa capacidad para utilizar las nuevas TIC, lo que frenará el desarrollo de las soluciones domiciliarias que incorporen las más sofisticadas de dichas tecnologías.**

#### 4.- ASPECTOS ECONÓMICOS

- A. Existe disponibilidad de personal cualificado en el mercado laboral.**
- B. Las diferencias de poder adquisitivo entre colectivos sociales, produce de efectos contrapuestos para el desarrollo de la AD:**
- **La dependencia económica (pensiones bajas) de un segmento de los ancianos de las capas populares dificulta la expansión de la AD:**

Los servicios sanitarios son universales y gratuitos, mientras que los servicios sociales presentan criterios de acceso a las prestaciones y suponen pagos en función de la renta. Los colectivos que no cumplen criterios de acceso o no son suficientemente pobres para acceder “casi” gratuitamente, se ven excluidos y/o involucrados en pagos por prestaciones sociales (SAD, teleasistencia, adaptaciones del hogar,...) difíciles de asumir con sus bajas pensiones, lo que dificulta la expansión de la AD.

- **El aumento del nivel económico de otro segmento de mayores y de sus familiares favorece la expansión de la AD:**  
Propicia el incremento de cuidadores domiciliarios privados y favorece la expansión de la AD.

## 5.- ASPECTOS POLÍTICOS

- A. *La dispersión de competencias entre la Conselleria de Sanitat, la Conselleria de Bienestar Social, las Diputaciones y los Municipios, dificulta el desarrollo de la AD.*
- B. *La gran variabilidad entre Municipios en cuanto al grado de provisión de servicios de ayuda domiciliaria, ofrece un escenario de falta de equidad en la oferta de estos servicios.*
- C. *La toma de conciencia progresiva de los poderes públicos sobre la magnitud del problema hace previsible el desarrollo de políticas de protección social de la dependencia y favorecer el crecimiento consiguiente de la AD.*

Percepción creciente de los poderes públicos de la necesidad de incrementar los recursos sociales asignados a cubrir las importantes y crecientes necesidades derivadas de la dependencia y de la enfermedad se ve ratificada por el inicio de los debates sobre la viabilidad de un “seguro público de dependencia”.

La creación en el organigrama de la Conselleria de Sanitat de la Dirección General de la Dependencia, así como el proyecto de creación de la Agencia Sociosanitaria en la Generalitat Valenciana, son indicadores de esta tendencia.

Importante “yacimiento de empleo” que supondría el desarrollo de este sector.

## 6.- ASPECTOS SOCIOSANITARIOS

*A. La falta de recursos sociales ambulatorios y domiciliarios amenaza la expansión de la AD, sobre todo en los colectivos más vulnerables.*

*B. El crecimiento en la CV de residencias asistidas de tamaño mediano y grande con dotación sanitaria proporcional a su dimensión:*

- Determina la necesidad de rediseñar la coordinación de la atención sanitaria de dichas Residencias con agentes sanitarios domiciliarios.
- Deja un segmento de pequeñas residencias, para las que hay que rediseñar la presencia de los agentes sanitarios domiciliarios.

### D.3.2.- ANÁLISIS EXTERNO: MICROENTORNO.

#### 1.- LOS PACIENTES DOMICILIARIOS

*A. Los cambios en el patrón de morbilidad y el aumento de la dependencia*

- Se está experimentando un incremento de las enfermedades crónicas y degenerativas y una mayor comorbilidad, especialmente en personas mayores de 75 años, que son las que presentarán mayor deterioro e incapacidad funcional.
- También hay un aumento de enfermedades altamente incapacitantes en adultos jóvenes debidas a accidentes de tráfico, sida, enfermedades cardiovasculares, neoplasias,...
- Una de las características propias de las situaciones de dependencia es que cursan durante dilatados periodos de tiempo por lo que su atención ha venido en denominarse con la expresión de “cuidados de larga duración” y suponen una creciente carga asistencial de los servicios sanitarios y sociales.

- En resumen, las tendencias de futuro señalan un incremento de la demanda de AD durante la vejez (tanto por la propia evolución demográfica como por el crecimiento de la patología crónica e invalidante en las edades avanzadas) y en adultos jóvenes.

### ***B. Los pacientes susceptibles de AD: cuantificación de necesidades en la CV.***

Se puede considerar que las necesidades de AD en nuestra CV son importantes y están insuficientemente cubiertas por el sector público de servicios sanitarios y sociales.

La magnitud de las necesidades de AD desde el sector sanitario no es bien conocida, existen diferentes aproximaciones o estimaciones indirectas, pero no se dispone de un sistema de información o de un procedimiento que permita medir y valorar ese aspecto con suficiente precisión y estabilidad.

En este trabajo nos valemos de varias fuentes cercanas de información para estimar la importancia de dicha demanda potencial:

- Encuestas poblacionales: Encuesta de Salud de la C.V 1991; Encuesta de Salud de la CV 2001; Encuesta de Discapacidad CV 1999; Encuesta Nacional de Salud España 1997 y 2001.
- Estudio sobre demanda y necesidades de asistencia sociosanitaria en la CV 2000-1.
- Estudios de base poblacional sobre prevalencia de pacientes domiciliarios en zonas geográficas concretas realizados en el ámbito de la Atención Primaria.

Según la Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana de 1991, el 10 % de los mayores de 64 años permanecían sentados o acostados en su domicilio la mayor parte del día por un problema de salud y casi el 11 % declaraban necesitar ayuda diariamente de una persona para valerse por sí misma dentro del domicilio (mujeres 12,8% y hombres 7,8%). Si aplicamos dichos porcentajes a la población  $\geq 65$  años (682.837) de la CV en 2000, habría entre 68.000 y 75.000 enfermos  $\geq 65$  años susceptibles de AD.

Según el “Estudio sobre demanda y necesidades de asistencia sociosanitaria en la CV 2000-1. Generalitat Valenciana 2002” y a partir de los datos de la Red Centinela de la Conselleria de Sanitat

(1999), se estima que habría 76.598 personas dependientes  $\geq 65$  años (dependientes en al menos 2 funciones del índice de Katz) en el año 2000. Siguiendo con esta fuente<sup>1</sup> de datos, y si consideramos que únicamente la dependencia grave supone un déficit de movilidad que determina la necesidad de ser atendido a nivel domiciliario, estimamos que en 2.002 habría 133.000 enfermos susceptibles de AD a nivel de la CV (Tabla 17).

**Tabla 17**

DEPENDENCIA	MODERADA	GRAVE	TOTAL
< 64	58.910	65.349	124.259
$\geq 65$	53.474	67.574	121.048
TOTAL	112.384	132.923	245.307

Como una primera aproximación a la dimensión del problema, en la siguiente tabla se presenta un resumen referencias de diferentes fuentes de datos sobre la prevalencia estimada de pacientes susceptibles de AD (Tabla 18):

<sup>1</sup> Fuente: Estudio sobre demanda y necesidades de asistencia sociosanitaria en la CV 2000-1. Generalitat Valenciana 2002

**Tabla 18**

<b>FUENTE</b>	<b>LUGAR</b>	<b>CRITERIO</b>	<b>≤64</b>	<b>≥65</b>
Encuesta de Salud CV 1991	Comunidad Valenciana	Permanecer sentado o acostado la mayor parte del día		10 %
Encuesta de Salud CV 1991	Comunidad Valenciana	Necesitar ayuda diariamente de una persona para valerse por sí misma dentro del domicilio		11 %
Encuesta de Salud CV 2001	Comunidad Valenciana	Precisan ayuda o no pueden: comer, ir al lavabo, lavarse o vestirse,...		9,2 %
Encuesta de Salud CV 2001	Comunidad Valenciana	Precisan ayuda o no pueden: tareas domesticas, abrir puertas, agacharse para coger objetos,...		11,9 %
Encuesta de Discapacidad CV 1999	Comunidad Valenciana	Cuidar de sí mismo Desplazarse dentro del Hogar	0,67 %	8,78 %
Encuesta de Discapacidad CV 1999	Comunidad Valenciana	Dependencia severa	0,81 %	6,84 %
Encuesta de Discapacidad CV 1999	Comunidad Valenciana	Dependencia total	0,65 %	6,85 %
Encuesta de Discapacidad CV 1999	Comunidad Valenciana	Dependencia severa + total	1,46 %	13,69 %
Estudio sobre demanda y necesidades de asistencia sociosanitaria en la CV 2000-1. G. Valenciana 2002	Comunidad Valenciana	Dependencia grave	1,9 %	9,9 %
Encuesta Nacional de Salud España 1997 Madrid: MSyC 1999	España	Subir 10 escalones		9,6 %
Encuesta Nacional de Salud España 2001 Madrid: MSyC 2003	España	Subir 10 escalones		11,7 %
Soler J.M. et al "Prevalencia poblacional de ancianos que requieren asistencia clínica domiciliaria" Med Clin 1994; 103; 13	Líria	Valoración subjetiva del paciente o del cuidador		5,9 %
Espejo et al "Capacidad funcional en mayores de 65 años y factores sociosanitarios asociados (Proyecto ANCO) At Prim 1997;20;3-11	Córdoba	Precisan ayuda o no pueden caminar		7,4 %

Según estas estimaciones, un cupo de médico general de atención primaria de 1.600 pacientes mayores de 14 años, con un 20 % de población  $\geq 65$  años:

**Tabla 19**

GRUPO EDAD	CUPO Médico	Hipótesis Baja	Hipótesis Alta	TOTAL Bajo	TOTAL Alto
15- 64	1.280	0,67 %	1,9 %	9	24
$\geq 65$	320	8,78 %	10,0 %	28	32
TOTAL	1.600			37	56

## 2.- LOS CUIDADORES

### A. *La crisis del apoyo informal, constituye una amenaza al desarrollo de la AD*

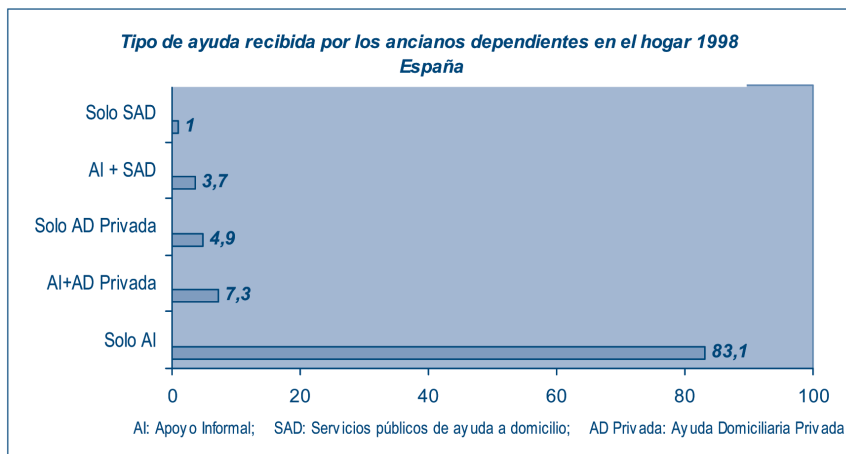
#### A.1.- Nuestros cuidadores

- Los proveedores informales (los cuidadores en general) aportan la mayor parte de los cuidados a las personas enfermas y dependientes y, sin embargo, captan muy poco interés y escaso apoyo por parte de los recursos formales tanto sanitarios como sociales (Tablas 20 y 21).
- Los ancianos dependientes viven mayoritariamente en sus domicilios (94%) y reciben cuidados principalmente de la familia (hija/o, cónyuge, hermanas/os y otros familiares) y, en segundo lugar, de cuidadores retribuidos. Entre estos últimos, empieza a apreciarse un fenómeno nuevo: la presencia importante de población inmigrante y, en especial, de mujeres latinoamericanas en funciones de cuidadoras domiciliarias.
- El cuidador en la CV es mayoritariamente una mujer de entre 40 y 60 años, con estudios primarios o sin estudios, que le dedica entre 1 y 6 horas al cuidado de los mayores de 64 años dependientes y que se dedican a las tareas del hogar<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Fuente: Estudio sobre demanda y necesidades de asistencia sociosanitaria en la CV 2000-1. Generalitat Valenciana 2002

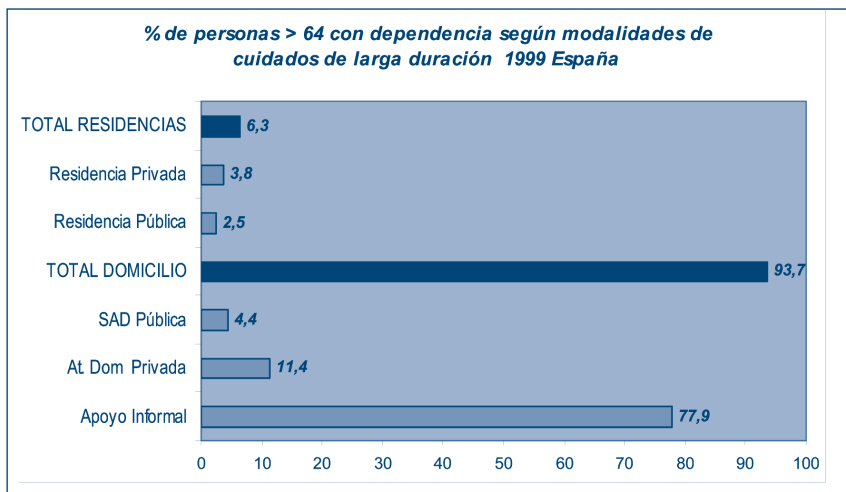


**Tabla 20**



**Fuente:** David Casado Marín; Guillem López i Casasnovas “Vejez, dependencia y cuidados de larga duración: Situación actual y perspectivas de futuro” Colección Estudios Sociales nº 6 Fundación “la Caixa” 2001

**Tabla 21**



**Fuente:** David Casado Marín; Guillem López i Casasnovas “Vejez, dependencia y cuidados de larga duración: Situación actual y perspectivas de futuro” Colección Estudios Sociales nº 6 Fundación “la Caixa” 2001

- El 13,2% de los ancianos vive solo y el 23,9% está por debajo del umbral de la pobreza.
- Los recursos sociales que dependen de la Conselleria de Bienestar Social y de los Municipios son ampliamente insuficientes para satisfacer las necesidades de los pacientes y de sus cuidadores.

#### **A.2.- La salud de los cuidadores familiares y la sobrecarga derivada de la función cuidadora.**

- Frecuentemente, un anciano enfermo es el cuidador de otro anciano más enfermo, constituyéndose así una situación de gran fragilidad. Por lo tanto, buena parte de los cuidadores ya llevan consigo una carga considerable de enfermedad, que debe ser atendida por los servicios sanitarios.
- La labor de cuidar (sobre todo, si se caracteriza por cuidar a pacientes de gran dependencia física, deterioro mental, con escaso apoyo social y larga duración del cuidado) supone una sobrecarga para los cuidadores que se traduce en un impacto adicional sobre su salud: frecuente aparición de cuadros de ansiedad, depresión,...

#### **A.3.- La escasa formación e información de los cuidadores familiares.**

- La falta de información sobre recursos sociosanitarios y su escasa formación para cuidar y para cuidarse, compromete su capacidad para cuidar.

#### **A.4.- La reducción acelerada de la disponibilidad de cuidadores familiares**

- Los cambios en la estructura familiar (menos miembros, dispersión hijos,...).
- Cada vez habrá menos mujeres cuidadoras, debido entre otros factores, a:
  - o Mayor nivel educativo
  - o Incorporación de la mujer al mercado laboral

- No es previsible una incorporación significativa de los varones como cuidadores.

### 3.- ASPECTOS SANITARIOS

Entre las *tendencias de futuro* del sistema sanitario que pueden afectar al desarrollo de la AD, tanto como factores facilitadores de su crecimiento como elementos a tener en cuenta en su diseño e implementación, podemos citar:

- Configuración del sistema en forma de redes asistenciales centradas en el paciente.
- Articuladas por procesos asistenciales integrados y estandarizados por consenso profesional.
- Papel activo de los pacientes y de los cuidadores.
- Énfasis en la continuidad asistencial.
- Reducción del internamiento hospitalario a casos complejos y que requieran alta tecnología, con estancias cada vez más cortas, y desarrollo alternativo de modalidades de atención ambulatorias y domiciliarias que acaban generando un volumen creciente de enfermos que permanecen en su entorno familiar con más carga de enfermedad y de cuidados.
- Descentralización y responsabilidad profesional en la gestión de los recursos.
- Amplia presencia de las TIC.
- Creciente cultura de la calidad y de sus instrumentos, como motores de cambio.

Tabla 22

**ENTORNO EXTERNO: ANÁLISIS DE AMENAZAS Y OPORTUNIDADES**

AREA	Amenazas	Oportunidades
<b>Demográfica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Envejecimiento de la población</li> <li>▪ Incremento de la morbilidad crónica y degenerativa</li> <li>▪ Aumento de la dependencia</li> <li>▪ Déficit de conocimiento y de cuantificación de necesidades de AD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aumento de la demanda sociosanitaria</li> </ul>
<b>Económica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Freno al incremento acelerado del gasto sanitario experimentado en años previos</li> <li>▪ Bajo poder adquisitivo ancianos y pago adicional por prestaciones sociales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Crecimiento sostenido del PIB de la CV</li> <li>▪ Aumento de poder adquisitivo en ciertos segmentos de la población genera aumento de cuidadores privados</li> </ul>
<b>Política</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fragmentación de las competencias entre Consellerías de Bienestar Social y Sanitat</li> <li>▪ Falta integración de red de salud mental dependiente de Diputaciones</li> <li>▪ Difícil coordinación intersectorial (en parte por ausencia de recursos sociales con quien coordinarse)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Creciente sensibilización política sobre la dimensión del problema</li> <li>▪ Creación de la DG de Dependencia en la Conselleria de Sanitat</li> <li>▪ Posible puesta en marcha del seguro público de dependencia</li> <li>▪ Probable aumento de políticas de apoyo económico a las familias.</li> </ul>
<b>Tecnológica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Coste de adquisición</li> <li>▪ Lentitud de puesta en marcha</li> <li>▪ Ausencia de modelos evaluados de Telemedicina en entorno de AD</li> <li>▪ Baja capacidad de manejo de las TICs por personas mayores y por colectivos de bajo nivel de instrucción</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Disponibilidad en el mercado de tecnología sanitaria miniaturizada y portátil.</li> <li>▪ Alto nivel de desarrollo de las Tecnologías de Información y Comunicaciones</li> <li>▪ Telemedicina operativa</li> <li>▪ Existencia del 2º plan de modernización de la Generalitat Valenciana</li> <li>▪ Proyecto ABUCASIS II (Historia Clínica Electrónica) en fase de implantación</li> </ul>

<b>Cultural</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cambio de la estructura familiar</li> <li>▪ Reducción acelerada de cuidadores familiares</li> <li>▪ Falta de formación de cuidadores</li> <li>▪ Salud frágil de cuidadores ancianos</li> <li>▪ Impacto del cuidar en la salud del cuidador</li> <li>▪ Bajo nivel de instrucción de cuidadores</li> <li>▪ Bajo nivel de instrucción en ancianos</li> <li>▪ Falta de información sobre AD de pacientes y cuidadores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Deseo creciente de morir en casa</li> <li>▪ Auge del espíritu de Voluntariado</li> <li>▪ Creciente protagonismo de los Grupos de Ayuda Mutua</li> <li>▪ Aumento de cuidadores privados</li> <li>▪ Instituciones y organizaciones del sector público y privado proclives a Alianzas</li> </ul>
<b>Recursos Formales de apoyo a la AD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Déficit importante de recursos sociales de dependencia de la Conselleria de Bienestar Social en régimen de internamiento como ambulatorio.</li> <li>▪ Déficit grave de servicios domiciliarios de dependencia de Corporaciones Locales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tendencia ineludible al crecimiento de recursos sociales</li> </ul>
<b>Sector Sanitario</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Déficit de camas en Hospitales de Media y Larga Estancia</li> <li>▪ Ausencia de referentes validados de modelos integrados de AD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tendencias de futuro de los sistemas sanitarios favorecen el desarrollo de la AD.</li> </ul>
<b>Sector Privado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sector privado disponible a asumir el mercado público si creación de seguro de dependencia público.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sector privado asume el mercado privado solvente</li> </ul>



### **D.3.3.- ANÁLISIS INTERNO.**

¿Dónde estamos ahora? ¿Con qué recursos contamos?

Podemos analizar los factores internos de la organización a partir de la situación actual de los recursos sanitarios domiciliarios y de las conclusiones derivadas de los grupos nominales realizados con profesionales involucrados en la AD.

#### **1.- ESCASO CONOCIMIENTO DE LAS NECESIDADES DE LA POBLACIÓN EN MATERIA DE AD.**

- Déficit de conocimiento de las necesidades de AD a nivel de la población.
- Déficit de conocimiento de las expectativas de los pacientes domiciliarios y de sus cuidadores.
- Déficit de definición de la tipología de pacientes susceptibles de AD.

#### **2.- SE IDENTIFICAN CINCO TIPOS DE RECURSOS SANITARIOS QUE DESARROLLAN ACTIVIDAD DOMICILIARIA, CONSTITUYENDO UNA ESTRUCTURA CARACTERIZADA POR LA HETEROGENEIDAD**

- La Conselleria identifica 5 tipos de recursos sanitarios (agentes domiciliarios) que, bajo su competencia, desarrollan actividad domiciliaria (Tablas 23-25):

1. Los EAPs a través de los Programas de AD (PAD).
2. Las Unidades Hospitalarias Domiciliarias (UHD).
3. Los Recursos del Sistema de Urgencias y Emergencias Extrahospitalarias (SUEE):

Centros de Información y Coordinación de Urgencias (CICU); Servicios de Ayuda Médica Urgente (SAMU); Unidades de Soporte Vital Básico (USVB); Atención Continuada de EAPs organizada en Puntos de Atención Continuada Sanitaria (PAC); Puntos de Atención Sanitaria en zonas urbanas de Elche, Alicante y Valencia (PAS).

4. Las Unidades Básicas de **Rehabilitación** (UBRhb).
  5. Las Unidades de Salud **Mental** (USM).
- El desarrollo de los agentes domiciliarios en los últimos años ha sido creciente, pero desigual y heterogéneo tanto a nivel de cartera de servicios como de distribución geográfica, existiendo importantes lagunas en las respectivas coberturas.

Tabla 23

RECURSOS CON ACTIVIDAD DOMICILIARIA 2003		
AGENTES		Nº
Atención Primaria: Zonas Básicas de Salud totales		237
ZBS que declaran PAD		173
ZBS que NO declaran PAD		64
Unidades Hospitalarias Domiciliarias		17
Unidades Básicas de Rehabilitación		104
Unidades de Salud Mental Adultos		58
Recursos del Sistema de Urgencias y Emergencias Extrahospitalarias:		
Coordinación general	CICU	3
Emergencia vital	SAMU	41
	USVB	25
Urgencia ordinaria	PAS	6
	PAC	175



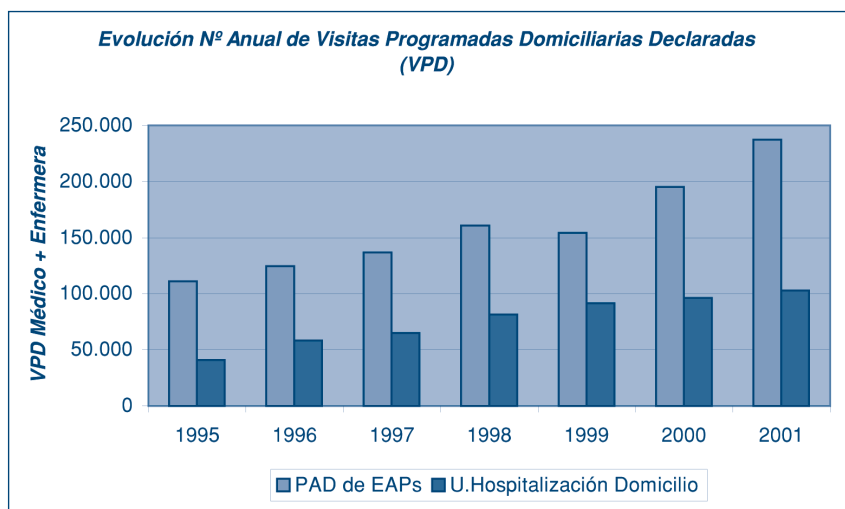
Tabla 24

Actividad Domiciliaria declarada en 2001		
Agentes	Profesionales	Visitas Programadas Domiciliarias
UHDs	Médicos + Enfermeras	103.000
EAPs	Médicos + Enfermeras	237.000 <sup>1</sup>
	Matronas <sup>2</sup>	8.640
	Pediatras	2.560

<sup>1</sup> Se excluyen los Avisos Domiciliarios

<sup>2</sup> Visita puerperal, básicamente

Tabla 25



### 3.- EXISTE DÉFICIT EN LA OFERTA DE SERVICIOS DOMICILIARIOS Y EN LAS COBERTURAS DE LOS AGENTES DOMICILIARIOS QUE LOS PRESTAN

- Existen déficits reconocidos en la cartera de servicios domiciliarios: rehabilitación domiciliaria, salud mental domiciliaria y área materno-infantil, así como servicios para cuidadores y para pacientes que viven en residencias.

- Existe un escaso conocimiento de las coberturas reales de los recursos domiciliarios: no existe registro de pacientes domiciliarios.
- Existe un déficit de recursos sanitarios para satisfacer las necesidades de AD.

#### 4.- FRAGMENTACIÓN ASISTENCIAL Y ESCASA COORDINACIÓN E INTEGRACIÓN ASISTENCIAL ENTRE AGENTES DOMICILIARIOS.

- Por otra parte, los agentes domiciliarios han crecido de forma escasamente integrada, pese a trabajar en el mismo ámbito. De forma “natural”, se ha favorecido que cada agente y cada nivel persiguiera objetivos internos de crecimiento y de desarrollo de sus servicios específicos, teniendo escasamente en cuenta al resto de agentes.
- Su desarrollo se ha centrado por tanto, en los objetivos e intereses de los agentes, y no en la satisfacción de las necesidades de los pacientes y cuidadores.
- Se detecta una escasa coordinación sanitaria y sociosanitaria.

#### 5.- DÉFICIT DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

Se observa un déficit de gestión de varias áreas del conocimiento:

- **Investigación:**
  - ✓ Ausencia de líneas de investigación específicas e institucionales que apoyen el desarrollo de la AD. Lo realizado son iniciativas profesionales individuales que responden a intereses particulares.
- **Docencia:**
  - ✓ Escasa consideración de la AD en programas docentes de pre y postgrado, en formación continuada y en la EVES.
- **Formación:**
  - ✓ Ausencia de programas específicos que apoyen el desarrollo de la AD.

- ✓ Inadecuación del modelo de la EVES.
- ✓ Las iniciativas formativas responden a intereses esencialmente particulares, no vinculados a proyectos.
- **Benchmarking:**
  - ✓ Ausencia de políticas e instrumentos de benchmarking en AD.

## 6.- EXCESIVA VARIABILIDAD DE LA PRÁCTICA ASISTENCIAL

- Escasa *normalización del conocimiento*: faltan acuerdos por consenso profesional en varios ámbitos, entre los que destacan: Instrumentos de valoración de pacientes y de cuidadores; Guías de Práctica Clínica; Protocolos; Planes de Cuidados Estandarizados;...
- *Individualización profesional*: la actuación asistencial ha tendido hacia la práctica individualizada de cada profesional, generando variabilidad no solo en términos de aplicación de pautas clínicas, sino también en el mismo hecho de practicar o no la AD.
- Déficit de estructuración de la AD mediante procesos integrados de atención por patologías entre niveles asistenciales.
- Escasa introducción de la *metodología de la calidad total, gestión por procesos* y de sus respectivos instrumentos.

## 7.- ACTORES RELEVANTES PARA EL DESARROLLO DE LA AD NO ASUMEN SU PROTAGONISMO O NO SON TENIDOS EN SUFICIENTE CONSIDERACIÓN.

- **Enfermería**
  - ✓ La enfermería es a nivel internacional el profesional clave en el desarrollo de la AD en APS. Sin embargo, en nuestra CV y por diversas razones, la enfermería nunca ha asumido el protagonismo en AD como colectivo profesional.
  - ✓ Se detecta necesidad de desarrollo profesional.
  - ✓ Las Auxiliares de Enfermería pueden tener un papel a desarrollar en la AD, pero no se ha explorado.

- **Trabajadores Sociales Sanitarios**
  - ✓ Escasa consideración de su función profesional en el ámbito de la AD.
  - ✓ Se detecta necesidad de desarrollo profesional.
- **Cuidadores**
  - ✓ Consideración mayoritariamente “instrumental”, es decir, como recurso de apoyo a los profesionales sanitarios y como colaborador en los cuidados del paciente.
  - ✓ Déficit de consideración de la salud específica del cuidador y del impacto que el hecho de cuidar tiene sobre su salud y su calidad de vida.
  - ✓ En la práctica, el cuidador no es considerado como destinatario de apoyo por parte de los servicios sanitarios, aunque la estrategia de “cuidar al cuidador” sea una constante en cualquier documentación que pueda consultarse.
- **Grupos Comunitarios e Instituciones Sociales**
  - ✓ Escasos cauces de colaboración con voluntariado, grupos de ayuda mutua,...
  - ✓ Ausencia de alianzas estratégicas con instituciones sociales.

## 8.- DÉFICIT DE DESARROLLO DE UNA ESTRUCTURA DE DIRECCIÓN Y GESTIÓN DE LA AD.

- **Sistema de Dirección y Gestión en AD**
  - ✓ No existe un sistema específico de Dirección y Gestión que se ocupe de planificar, impulsar y desarrollar la AD tanto a nivel de SSCC como de Area.
  - ✓ Ausencia de estructura técnica de participación profesional.
  - ✓ Escasa consideración de la AD en el desarrollo y aplicación de instrumentos de gestión: contratos de gestión,...
- **Organización**
  - ✓ Existe margen para el incremento de la disponibilidad de tiempo de rrhh para la AD así como de su productividad.
  - ✓ Déficit de definición de funciones, actividades y responsabilidades en el ámbito de la AD en profesionales y agentes.

- ✓ Déficit de trabajo en equipo y de coordinación entre profesionales intra e interniveles.
- ✓ Déficit de innovaciones organizativas.
- **Recursos Humanos**
  - ✓ Déficit de recursos humanos, muy marcado en algunas categorías profesionales: fisioterapeutas y trabajadores sociales,...entre otros.
  - ✓ Desequilibrio de dotación de plantillas entre agentes, y en los EAPs se aprecia un desequilibrio de cargas de trabajo entre cupos médicos y entre población asignada a enfermería.
  - ✓ Clima caracterizado por la insatisfacción y la falta de motivación profesional.
  - ✓ Ausencia de mecanismos de incentiviación.
- **Tecnología**
  - ✓ Carencia de dotaciones, uso y formación en las TIC.
  - ✓ Existen lagunas en la gestión del material ortoprotésico y ayudas técnicas sanitarias.
  - ✓ Existe indefinición sobre la financiación sanitaria o social de ayudas técnicas, que acaba generando una carencia de dotación y de gestión.
  - ✓ Existen lagunas en la gestión de las tecnologías sanitarias domiciliarias de larga duración (prestadas por empresas concertadas).
- **Sistemas de Información**
  - ✓ Limitaciones importantes de los SI actuales; escasa fiabilidad de los datos; ausencia de integración de los SI de los diferentes agentes domiciliarios; déficit de unificación terminológica; escasa utilización para la gestión de la AD;...
  - ✓ Déficit de mecanización.
  - ✓ Sistemas de registro (Historia Clínica, ...) específicos y diferentes para cada agente. Proceso en marcha de implantación de la HCE por paciente.
- **Sistema de Comunicación**
  - ✓ Déficit de comunicación interna.
  - ✓ Déficit de comunicación externa.

### D.3.4.- ANÁLISIS DAFO GENERAL

<b>DEBILIDADES de la Organización a corregir</b>	<b>AMENAZAS del Entorno a compensar</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Escaso conocimiento de las <b>Necesidades</b> en AD de pacientes y cuidadores</li> <li>2. <b>Déficit en la oferta de Servicios domiciliarios:</b> Rehabilitación, Salud Mental, Materno-Infantil, en Residencias, para Cuidadores</li> <li>3. <b>Déficit de Recursos:</b> insuficiente número de agentes domiciliarios y/o de las dotaciones respectivas en recursos humanos.</li> <li>4. <b>Desequilibrios de plantillas y cargas</b> de AD entre agentes e inraequipos</li> <li>5. Margen de mejora en <b>Organización interna</b> y en <b>Productividad</b></li> <li>6. <b>Déficit de dotación y uso de</b> :informática, correo electrónico, internet, telefonía</li> <li>7. <b>Déficit de dotación y gestión de Material Ortoprotésico y Ayudas Técnicas</b></li> <li>8. <b>Fragmentación</b> asistencial y escasa <b>Coordinación y Continuidad</b> entre agentes.</li> <li>9. <b>Déficit de Gestión del Conocimiento:</b> I+D+i; Formación, Benchmarking, Docencia,...</li> <li>10. Escasa <b>Normalización</b> de conocimientos y <b>prácticas asistenciales</b></li> <li>11. Escaso desarrollo de la <b>Calidad Total y Gestión por Procesos</b> y sus herramientas</li> <li>12. Escasa <b>Implicación Profesional</b></li> <li>13. Ausencia de protagonismo de <b>Enfermería, especialmente en Atención Primaria</b></li> <li>14. <b>No se considera al Cuidador como cliente</b></li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aumento acelerado de la demanda sociosanitaria en servicios domiciliarios</li> <li>2. Reducción acelerada de cuidadores familiares</li> <li>3. Bajo nivel de instrucción y/o capacitación de pacientes y cuidadores</li> <li>4. <b>Déficit acusado de recursos sociales</b> que apoyen el desarrollo del ámbito domiciliario</li> <li>5. <b>Déficit de camas</b> en Hospitales de Media y Larga Estancia</li> <li>6. <b>Fragmentación de las competencias</b> entre Sanitat y Consellerias de Bienestar Social, Municipios y Diputaciones</li> <li>7. <b>Difícil coordinación intersectorial</b> que se prolonga en el tiempo sin soluciones. Frecuentemente no es relevante coordinarse, si no hay acceso a recursos</li> </ol>

<p>15. Escaso desarrollo de <b>Alianzas</b> con Voluntariado, GAM e Instituciones Sociales</p> <p>16. Ausencia de <b>Sistema de Dirección</b> específico para la AD y de desarrollo de sus instrumentos: <b>Planes y Contratos</b>, <b>Sist. Información</b> y de <b>Comunicación</b>,...</p> <p>17. Ausencia de <b>Sistema de Participación Profesional</b></p>	
<p><b>FORTALEZAS de la Organización a potenciar</b></p> <p><b>1. Voluntad Política:</b> Existe voluntad explícita y documentada de la Conselleria de desarrollar y mejorar la AD. Alta implicación de las Direcciones de Área de APS</p> <p><b>2. Coberturas:</b> Alta cobertura de APS Nuevo Modelo (88%) y la mayor red del Estado Español en HAD (17 UHDS).</p> <p><b>3. Profesionales:</b> Existen profesionales sanitarios expertos en todos los ámbitos de la AD, motivados y con disponibilidad para colaborar con la Conselleria de Sanitat</p> <p><b>4. Enfermería</b> dispuesta a asumir el reto profesional de su protagonismo en la AD</p> <p><b>5. Agentes:</b> Existen algunos agentes domiciliarios que desarrollan AD de forma satisfactoria</p> <p><b>6. Tecnologías:</b> Existen profesionales y agentes con dotación y experiencia en el uso de Tecnologías Sanitarias y de las TICs (HCE, telemedicina, Web Corporativa,...)</p> <p><b>7. Conocimiento:</b> Existe la EVES como órgano de formación e investigación de la Conselleria</p>	<p><b>OPORTUNIDADES del Entorno a aprovechar</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tendencias de futuro de los sistemas sanitarios favorecen el desarrollo de la AD y los modelos de integración asistencial</li> <li>2. Disponibilidad en el mercado de Tecnología Sanitaria miniaturizada y portátil.</li> <li>3. Alto nivel de desarrollo de las Tecnologías de Información y Comunicaciones</li> <li>4. Sinergias con otras DG Conselleria de Sanitat: D. G. de Dependencia, D.G. de Calidad y del Paciente.</li> <li>5. Sinergias con otros Departamentos de la Generalitat Valenciana: D.G. Telecomunicaciones e Investigación; D.G. Modernización, Inspección y Calidad</li> <li>6. Impulso desde la G. Valenciana del Modelo Europeo de Calidad Total (EFQM)</li> <li>7. Deseo creciente de los pacientes terminales de morir en casa</li> <li>8. Auge del espíritu de voluntariado y creciente protagonismo de los GAM.</li> <li>9. Aumento de cuidadores privados</li> <li>10. Instituciones y organizaciones del sector público y privado proclives a Alianzas</li> </ol>





## **E.- SÍNTESIS**

### **E.1.- LAS 6 ÁREAS CLAVE PARA LA MEJORA DE LA AD**

### **E.2.- ANÁLISIS DAFO DE CADA ÁREA CLAVE**



## E.1.- LAS 6 ÁREAS CLAVE PARA LA MEJORA DE LA AD

Teniendo en cuenta cuatro fuentes de información:

1. Los elementos de mejora identificados por los profesionales mediante la técnica de grupo nominal,
2. Las opiniones de expertos recogidas a través de entrevistas en profundidad,
3. Las expectativas de los grupos de interés sintetizadas mediante bibliografía y consulta a profesionales seleccionados,
4. Los problemas y oportunidades estratégicas identificados mediante la técnica DAFO,

Identificamos **6 ÁREAS CLAVE** para la mejora de la AD, cuyo desarrollo constituirán las **LÍNEAS ESTRATÉGICAS** de este Plan:

### **1.- La adecuada respuesta y cobertura de las necesidades de AD**

Dar una adecuada respuesta a las necesidades y expectativas de los pacientes domiciliarios y de sus cuidadores, constituye la primera área clave, en clara referencia a la responsabilidad de la Conselleria como garante de la adecuación, suficiencia y equidad de las coberturas domiciliarias. Esto implicará abordar la ampliación de la cartera de servicios, el crecimiento de recursos y mejoras en la organización.

## **2.- La actuación integrada de los agentes domiciliarios**

Para superar las deficiencias asociadas a la fragmentación, debemos adoptar una estrategia de impulso de actuación integrada de los agentes domiciliarios.

## **3.- La calidad de los procesos asistenciales domiciliarios**

Los agentes domiciliarios deben aplicar correctamente las actuaciones basadas en las evidencias científicas disponibles en cada momento y someter a una revisión continua los conocimientos y las prácticas para poder introducir mejoras en los procesos asistenciales.

## **4.- La implicación de los recursos humanos**

La organización necesita que los profesionales, como su activo más valioso, se impliquen en el desarrollo de la AD.

**5.- La emergencia de nuevos actores** (cuidadores, enfermeras y trabajadoras sociales) **y las alianzas con grupos** (voluntariado y GAM) **e instituciones comunitarias** (Universidad, Asociaciones científico-profesionales,...)

## **6.- El liderazgo y los instrumentos de gestión**

Para desarrollar un proyecto de estas características se requiere un liderazgo impulsor y perseverante a nivel directivo y profesional, y unos instrumentos de gestión que faciliten el avance.

## E.2.- ANÁLISIS DAFO DE CADA ÁREA CLAVE

**1.- ÁREA CLAVE: La adecuada respuesta y cobertura de las necesidades de AD*****DEBILIDADES de la Organización a corregir******Disponibilidad información relevante para planificar:***

- Escaso conocimiento de las necesidades en AD de pacientes y cuidadores
- Escaso conocimiento de las expectativas, nivel de satisfacción, opiniones y sugerencias de pacientes, cuidadores, profesionales y otros grupos de interés

***Servicios:***

- Déficit de servicios domiciliarios especialmente en las áreas de Rehabilitación, Salud Mental, Materno-Infantil, en Residencias y para Cuidadores
- No están definidas las carteras de servicios de cada agente

***Agentes Domiciliarios y Recursos Humanos:***

- Insuficiente número de agentes domiciliarios y de las dotaciones respectivas para asumir la satisfacción de las necesidades actuales de AD
- Desequilibrio en las coberturas geográficas: carencias más acusadas en las zonas urbanas de las grandes ciudades
- Desequilibrio de plantillas entre agentes del mismo tipo para carga domiciliar similar
- Desequilibrio entre cargas de trabajo domiciliario dentro de los EAP entre cupos médicos y entre población asignada a enfermería. Cierta envejecimiento de plantillas dificulta la AD

***Tecnología y Recursos Materiales:***

- Ausencia de catálogo de tecnología sanitaria por agente domiciliario
- Déficit de dotación de tecnología sanitaria
- Déficit de control de gestión de las terapias respiratorias domiciliarias
- Falta de revisión del catálogo material ortoprotésico y ayudas técnicas de Sanidad
- Déficit de gestión del material ortoprotésico y ayudas técnicas de Sanidad
- Déficit de dotación en TICs (informática, correo electrónico, internet y telefonía)
- Dificultades de acceso telefónico de pacientes a profesionales y entre profesionales

***Organización***

- No existe un modelo de atención explícito que concrete lo que la Conselleria de Sanitat considera como de respuesta adecuada a las necesidades de AD.
- Falta de desarrollo organizativo interno y margen de mejora en la productividad

***FORTALEZAS de la Organización a potenciar******Disponibilidad información relevante para planificar:***

- Se realizan encuestas de salud periódicas en el ámbito de la CV
- Se realizan encuestas de satisfacción de usuarios a nivel general, pero no se contemplan preguntas específicas sobre la AD
- Existe un SI de sugerencias, quejas y reclamaciones, pero en APS no diferencia entre Avisos Urgentes y Visitas Programadas del PAD

***Servicios:***

- Existe una cartera de servicios en APS en la que se establece la AD para pacientes Inmovilizados, Terminales y Ancianos de alto riesgo.

***Agentes Domiciliarios y Recursos Humanos:***

- La estructura sanitaria de agentes domiciliarios actual:  
Cobertura del 88% de APS Nuevo Modelo y de los que el 75% desarrolla el PAD Mayor red del Estado Español en HAD (17 UHDs).
- Existen algunos agentes domiciliarios que desarrollan AD de forma satisfactoria

### ***AMENAZAS del Entorno a compensar***

#### ***Macroentorno***

- Tendencia demográfica hacia el envejecimiento, incremento de la morbilidad crónica y degenerativa, y aumento de la dependencia
- Aparición de nuevos colectivos a atender en AD: jubilados europeos, inmigración laboral y colectivos marginalizados (4º mundo).
- Reducción acelerada de cuidadores familiares
- Coste de las Tecnologías Sanitarias y de las TICs
- Política previsible de restricciones presupuestarias
- Sector privado disponible a asumir el mercado público si creación de seguro de dependencia público.

#### ***Microentorno***

- Déficit acusado de recursos sociales agravado por el sistema de pago por servicio.
- Déficit importante de recursos sociales de dependencia de la Conselleria de Bienestar Social tanto en régimen de internamiento como ambulatorio.
- Déficit grave de servicios domiciliarios de dependencia de Corporaciones Locales, con heterogeneidad de criterios de acceso
- Déficit de camas en Hospitales de Media y Larga Estancia

### ***OPORTUNIDADES del Entorno a aprovechar***

#### ***Macroentorno***

- Aumento de la demanda sociosanitaria en servicios domiciliarios
- Creciente sensibilización política sobre la dimensión del problema
- Aumento de poder adquisitivo en ciertos segmentos de la población genera aumento de cuidadores privados
- Disponibilidad en el mercado de tecnología sanitaria miniaturizada y portátil.
- Alto nivel de desarrollo de las Tecnologías de Información y Comunicaciones
- Proveedores privados desean ampliar la gama servicios concertados
- Experiencias relevantes en otras CCAA
- Ausencia de referentes validados de modelos integrados de AD

#### ***Microentorno***

- Existen varios planes publicados de la Conselleria de Sanitat que manifiestan la voluntad de desarrollar la AD
- Creación de la DG de Dependencia en la Conselleria de Sanitat
- Sinergias con otros Departamentos de la Generalitat Valenciana

**1.- ÁREA CLAVE: La adecuada respuesta y cobertura de las necesidades de AD**

***FORTALEZAS de la Organización a potenciar***

***Tecnología y Recursos Materiales:***

- Existe dotación y experiencia en uso de Tecnologías Sanitarias en algunos agentes
- Existe dotación y experiencia en uso de TICs en algunos agentes
- Está en fase de implantación la Hª Clínica Electrónica en APS
- Existe un proyecto de telemedicina con financiación europea en la UHD La Fe
- Telefonía móvil corporativa está operativa en HAD
- Existe experiencia de centralización telefónica en el ámbito de UHD-PAD en Area 12 Marina Alta.
- Proceso de dotación informática en APS en marcha como consecuencia de implementación de ABUCASIS II
- Existe una web corporativa de la Conselleria
- Existen profesionales sanitarios expertos y motivados por las TICs



<b><i>OPORTUNIDADES del Entorno a aprovechar</i></b>

## 2.- ÁREA CLAVE: La actuación integrada de los agentes domiciliarios

### ***DEBILIDADES de la Organización a corregir***

#### ***Integración***

- Ausencia de funcionamiento integrado de los agentes
- Falta de conciencia en los agentes de que contribuyen a un proceso global de AD
- Déficit de colaboración y apoyo mutuo entre agentes
- Ausencia de sistema de participación profesional que organice los puntos de encuentro entre los profesionales y disciplinas de los diferentes agentes
- Preferencia del colectivo de psiquiatras por la creación de red paralela de servicios domiciliarios de salud mental.

#### ***Coordinación Sanitaria***

- Déficit de instrumentos y mecanismos normalizados de coordinación entre agentes domiciliarios.
- Déficit de TIC que den soporte a la coordinación entre agentes domiciliarios.

#### ***Coordinación Sociosanitaria***

- Déficit de instrumentos y mecanismos normalizados de derivación a la trabajadora social por parte del resto de profesionales de los equipos.
- Ausencia de instrumentos y mecanismos de coordinación normalizados entre las trabajadoras sociales los diferentes agentes domiciliarios sanitarios
- Déficit de instrumentos y mecanismos normalizados de coordinación entre sectores sanitario y social.
- Ausencia de institucionalización de la coordinación sociosanitaria

### ***FORTALEZAS de la Organización a potenciar***

- Reconocimiento general de la necesidad “hacer real” la continuidad asistencial
- Experiencias positivas de coordinación PAD-UHD
- Motivación del colectivo de trabajadoras sociales

***AMENAZAS del Entorno a compensar***

- Fragmentación de las competencias entre Consellerias de Bienestar Social y Sanitat
- Fragmentación de las competencias entre Conselleria de Sanitat y Municipios
- Falta integración de red de Salud Mental dependiente de Diputaciones
- Difícil coordinación intersectorial
- El grave déficit de recursos sociales determina que, en demasiados casos, no hay con quién coordinarse

***OPORTUNIDADES del Entorno a aprovechar***

- Creación de la DG de Dependencia en la Conselleria de Sanitat
- El nivel de desarrollo de las TICs puede facilitar la coordinación
- Creciente sensibilización sobre la necesidad de continuidad asistencial
- Tendencias de los servicios sanitarios favorables a la integración asistencial

### 3.- ÁREA CLAVE: La calidad de los procesos asistenciales domiciliarios

#### **DEBILIDADES de la Organización a corregir**

##### **Gestión del Conocimiento**

- **Creación: Investigación + Desarrollo + Innovación**
  - Escaso desarrollo de innovaciones organizativas y tecnológicas en AD
  - Ausencia de Plan de Investigación en AD
- **Adquisición: Formación y Benchmarking**
  - Déficit de formación en varias materias y disciplinas: geriatría, paliación, metodología,...
  - La formación responde a intereses propios de profesionales y no de proyectos
  - Modelo EVES no se adapta a las necesidades de formación para la AD
  - Ausencia de Plan específico de Formación en AD
  - Resulta difícil identificar las experiencias relevantes en materia de AD en la CV
  - No están incorporados procesos de Benchmarking en AD
- **Difusión: Docencia**
  - Ausencia de Plan Docente pre y postgrado en AD para diferentes disciplinas
- **Normalización**
  - Escasos procesos de normalización basados en la evidencia científica y en el consenso profesional: guías de práctica clínica, planes de cuidados estandarizados, procesos asistenciales integrados entre agentes, protocolos, valoraciones multidimensionales, taxonomías,...
- **Acceso:** Ausencia de instrumentos informatizados (Portal o Web) de gestión del conocimiento en AD

##### **Calidad Total y Gestión por procesos**

- No existe cultura de calidad y de mejora continua en AD
- Déficit de formación en calidad total, gestión por procesos y sus herramientas
- Ausencia de guías integradas (inter-agentes) de práctica clínica

#### **FORTALEZAS de la Organización a potenciar**

- Existen algunos profesionales que investigan en el ámbito de la AD, generalmente vinculados a la Universidad: tesis doctorales,...
- Existen profesionales expertos en todos los ámbitos de la AD en nuestra CV, y capaces de asumir tareas docentes.
- Existen profesionales con formación y experiencia en calidad total, gestión por procesos y en sus respectivos instrumentos en el ámbito de la AD
- Existe la EVES como órgano de formación
- Los MIR rotan por las UHD y por el PAD de los EAP docentes
- Algunos agentes domiciliarios con experiencia en evaluaciones por EFQM, ISO,...
- Algunos agentes domiciliarios inmersos en la aplicación de la gestión por procesos

***AMENAZAS del Entorno a compensar***

***OPORTUNIDADES del Entorno a aprovechar***

- Impulso desde la Generalitat Valenciana del Modelo Europeo de Calidad Total (EFQM)
- Existencia del 2º plan de modernización de la Generalitat Valenciana: creación del Portal de Gestión del Conocimiento
- Sinergias con la D.G. de Calidad y del Paciente de la Conselleria de Sanitat
- Proyecto ABUCASIS II (Historia Clínica Electrónica) en fase de implantación
- Tendencias de futuro de los sistemas sanitarios favorecen el desarrollo de la AD:  
Configuración de redes asistenciales; Énfasis en la continuidad asistencial; Énfasis en el desarrollo de alternativas a la hospitalización tradicional; Diseño de procesos asistenciales integrados entre niveles,...

**4.- ÁREA CLAVE: La implicación de los profesionales*****DEBILIDADES de la Organización a corregir******Factores que dificultan la satisfacción de los profesionales***

- Déficit general de rrhh para satisfacer las necesidades en AD, muy marcado en fisioterapeutas y trabajadoras sociales.
- Gran heterogeneidad profesional (edad, tipo contrato, fijo/interino, nuevo/viejo modelo,...)
- Bajo nivel de sustituciones para Formación y la mayoría de cursos son impartidos fuera del horario laboral.
- Presión asistencial en Médicos de APS no deja suficiente tiempo para la AD
- Desequilibrio interno en plantillas en base a población a atender y a cargas de trabajo en AD
- Déficit de la tecnología sanitaria pertinente
- Déficit de TICs

***Factores que dificultan la motivación de los profesionales***

- La selección de personal se rige por normativa que no tiene en cuenta los perfiles adecuados para la AD
- Ausencia de Carrera Profesional
- No existen mecanismos adecuados de incentiación por logro de objetivos de AD
- Escasos mecanismos de participación
- No está implantada la gestión clínica
- Predomina la insatisfacción y desmotivación de los profesionales
- No se reconoce oportuna y adecuadamente a las personas y equipos que se esfuerzan por mejorar

***FORTALEZAS de la Organización a potenciar***

- Actitud positiva de profesionales a la colaboración con la Conselleria para la mejora de la AD.
- La AD constituye un reto profesional para Enfermería.
- El colectivo de Auxiliares de Enfermería manifiesta una voluntad explícita de incorporarse a la AD.
- Existen profesionales con alta capacitación y cualificación profesional en materia de AD para poder asumir la docencia.
- Alta motivación de los profesionales por la formación

***AMENAZAS del Entorno a compensar***

***OPORTUNIDADES del Entorno a aprovechar***

- Estabilización de plantillas derivada del proceso extraordinario en curso de consolidación de empleo
- Se es consciente a nivel directivo de la necesidad “hacer operativa” la motivación y el reconocimiento
- Se inicia proceso de incentiación de personal estatutario en 2004

## 5.- ÁREA CLAVE: La emergencia de nuevos actores y las alianzas con la comunidad en el ámbito de la AD

### *DEBILIDADES de la Organización a corregir*

#### **Cuidadores**

- Consideración mayoritariamente “instrumental” del cuidador, es decir, como recurso de apoyo a los profesionales sanitarios y como colaborador en los cuidados del paciente.
- Escasa consideración de la salud específica del cuidador y del impacto que el hecho de cuidar tiene sobre su salud y su calidad de vida.
- Ausencia de estrategia de detección de cuidadores en consulta y centro de salud. En la práctica, ser cuidador no es considerado como “factor de riesgo”.
- Escaso desarrollo intervenciones de capacitación individual y grupal a cuidadores
- Escaso desarrollo de intervenciones de apoyo al cuidador

#### **Enfermeras**

- Déficit de desarrollo profesional
- Enfermería no asume su papel protagonista en AD, especialmente en APS

#### **Trabajadoras Sociales**

- Trabajadoras Sociales presentan desorientación profesional y sentimiento de ser inexistentes para la Conselleria
- Déficit de desarrollo profesional

#### **Grupos Comunitarios**

- Déficit de alianzas de colaboración con grupos comunitarios: voluntariado, grupos de ayuda mutua,...
- Déficit de alianzas de colaboración con colectivos profesionales: sociedades científicas, colegios profesionales,...
- Déficit de alianzas de colaboración con instituciones públicas y privadas: universidad, fundaciones privadas,...
- Déficit de alianzas de colaboración con otros organismos de la G. Valenciana

### *FORTALEZAS de la Organización a potenciar*

- Existen profesionales expertos en el ámbito de la atención al cuidador.
- Existen experiencias de capacitación grupal de cuidadores en APS
- Los profesionales en los grupos nominales y en sus expectativas reconocen el ámbito del cuidador como elemento crítico para la mejora de la AD
- Existen enfermeras expertas en metodología de cuidados
- La enfermería de APS manifiesta su disposición a asumir la responsabilidad de la AD
- TSS y otros profesionales manifiestan su disposición a contribuir al desarrollo de AD
- Experiencias de colaboración con voluntariado y GAM: existen acuerdos informales y formales con UDP, Cruz Roja, Cáritas, Carena, AECC,...
- Existe alianza informal con la Escuela Universitaria de Enfermería de La Fe (Vcia)



### ***AMENAZAS del Entorno a compensar***

- Con frecuencia, existe un bajo nivel de instrucción en personas ancianas, que requiere adaptación de información
- Con frecuencia, existe un bajo nivel de instrucción de cuidadores, que requiere adaptación de información
- Reducción acelerada de cuidadores familiares
- Falta de formación de cuidadores
- Impacto negativo en la salud de los cuidadores, por el hecho de cuidar
- Falta de información de pacientes y cuidadores sobre AD y sobre recursos socio-sanitarios
- Insuficiencia grave de recursos de apoyo social a pacientes domiciliarios y a sus cuidadores

### ***OPORTUNIDADES del Entorno a aprovechar***

- Deseo creciente de morir en casa
- Auge del espíritu de Voluntariado
- Creciente protagonismo de los Grupos de Ayuda Mutua
- Aumento de cuidadores privados
- Instituciones y organizaciones del sector público y privado proclives a Alianzas
- Las sociedades científico-profesionales (SVMFYC , la SVHAD, la AEC,...) trabajan en la mejora de la AD, en línea bastante similar a la Conselleria
- Creación de la DG de Calidad y Atención al Paciente en la Conselleria
- Otros Departamentos de la Generalitat Valenciana proclives a Alianzas

**6.- AREA CLAVE: Liderazgo e instrumentos de gestión en el ámbito de la AD*****DEBILIDADES de la Organización a corregir******Liderazgo***

- No existe sistema específico de gestión de la AD
- No existe suficiente implicación ni protagonismo de las Direcciones de Enfermería, especialmente de Atención Primaria
- Escasez de Técnicos de Programas en Direcciones de Area de APS. Sin embargo, existen en los Centros de Salud Pública.
- No existe un sistema de participación profesional mixto que permita normalizar el desarrollo científico-técnico y organizativo para lograr una práctica asistencial integrada.
- Existen dificultades para reuniones presenciales por dispersión geográfica

***Planes y estrategias***

- No existe Plan estratégico para el desarrollo de la AD
- No se elaboran planes operativos anuales para el desarrollo de la AD
- No se contempla suficientemente la AD en los Contratos de Gestión de APS y de AE, Acuerdos de Objetivos,...

***Sistemas de Información***

- El desarrollo actual de los SI en el ámbito de la AD, no nos permite medir coberturas, resultados, actividad asistencial y costes por actividad.
- Escasa credibilidad de los SI para la gestión de los agentes domiciliarios por dudosa calidad en la declaración de actividad.
- La captura y proceso de datos está escasamente mecanizada y existe poco avance en ámbitos de normalización , sistemas de clasificación de pacientes,...
- Falta desarrollar módulo específico de AD en la Hª Clínica Electrónica
- Ausencia de consolidación de datos procedentes de los diferentes SI a nivel de Area y a nivel de SSCC
- No consideración de la AD en las encuestas de satisfacción de usuarios realizadas
- No se realizan medidas específicas de la percepción de los clientes referentes a los servicios y atención que ofrecen los agentes domiciliarios.

***Sistema de Comunicación***

- No existe cultura ni canales establecidos de comunicación interna y externa en AD

***FORTALEZAS de la Organización a potenciar***

- Creación de estructura coordinadora e impulsora de la AD a nivel de la Conselleria
- Presencia de Líderes Profesionales
- Implicación de Direcciones de Area de APS
- Existe un Contrato de Gestión Anual en APS por cada CS, con objetivos de AD
- Existió un CMBD en HAD y hay interés profesional en recuperarlo y actualizarlo
- Existe un SI de Actividad Asistencial para la gestión de los agentes domiciliarios
- Existe un SI Económico que empieza a proporcionar información sobre costes en UHD
- Existe un SI de Sugerencias, Quejas y Reclamaciones de los usuarios
- Se han realizado encuestas de satisfacción de profesionales a nivel general.

***AMENAZAS del Entorno a compensar***

***OPORTUNIDADES del Entorno a aprovechar***

- Los médicos coordinadores del SIAP pueden incorporarse al desarrollo de la AD
- Los técnicos de programas de los Centros de Salud Pública pueden contribuir al desarrollo de la AD



## E.- ACCIONES PROPUESTAS

### ORIENTACIONES Y ACCIONES DEL PLAN PARA LA MEJORA DE LA AD

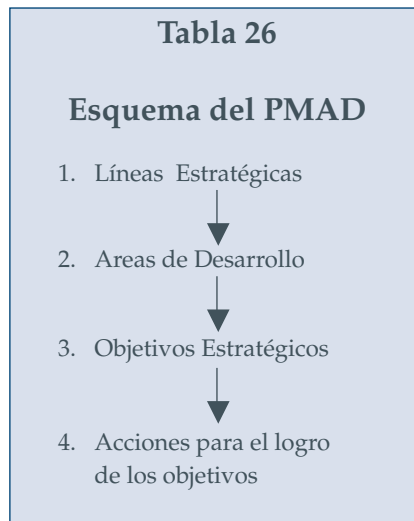
El PMAD contiene las grandes orientaciones y acciones necesarias durante los próximos años para acercarnos a la situación descrita en esa visión compartida del futuro: el Modelo Integrado de AD. El PMAD se organiza en grandes Líneas Estratégicas, las cuales se despliegan en Areas a Desarrollar (Areas de Desarrollo Estratégico), que a su vez deben concretarse en forma de Objetivos Estratégicos y Acciones para la consecución real de las mejoras de la AD en la Conselleria de Sanitat.

#### A.- Orientaciones

- ❑ Las *Líneas Estratégicas* son las grandes orientaciones, las direcciones en que debe avanzar la Conselleria para conseguir crecer y mejorar la AD en los próximos años.
- ❑ Las *Areas de Desarrollo Estratégico* constituyen las áreas clave a desarrollar en cada Línea Estratégica, van configurando las estrategias corporativas y siguen estando en el ámbito de las orientaciones.

## B.- Acciones

- ❑ Los *Objetivos Estratégicos* son metas organizadas a largo plazo que concretan las estrategias corporativas.
- ❑ Las *Acciones* precisan en detalle las diferentes actividades a poner en marcha para obtener los objetivos que se pretenden alcanzar. Cada línea de acción tendrá responsable y cronograma.
- ❑ A su vez, estas actividades se desplegarían en *Tareas Concretas*, actividades que este PMAD, en la mayoría de casos, no entra a desarrollar pormenorizadamente (Tabla 26).



### De estrategia a la acción

Este plan estratégico no consiste en la planificación de unas ideas y unas acciones, sino su puesta en práctica. Es un proceso dirigido a trasladar a la realidad las grandes líneas estratégicas, áreas de desarrollo, objetivos y acciones que se han formulado para su consecución. Por consiguiente, entendemos el PMAD como la realización de una oleada de decisiones y acciones coherentes en un periodo de 4 años (2004-2007).

## LÍNEA ESTRATÉGICA n° 1

### OBTENER UNA ADECUADA RESPUESTA Y COBERTURA DE LAS NECESIDADES DE AD

El Plan de Humanización de la Atención Sanitaria en la CV, establece en su Línea de Acción 2, referida a la “Asistencia sanitaria”, como Actividad 2 el “Acercar la asistencia al paciente ampliando la cobertura de las UHDs y programas de AD en Atención Primaria”.

La política de la Conselleria se orienta en tres ejes:

- a) Situar a los pacientes y sus cuidadores como referentes centrales de los servicios domiciliarios
- b) Diseñar una respuesta asistencial domiciliaria adecuada a sus necesidades y expectativas, que garantice la integralidad y la continuidad de la atención.
- c) Garantizar una cobertura del máximo de población, equitativa territorial y socialmente, y de calidad homogénea entre agentes, mediante una dotación adecuada de recursos, equipamientos y tecnología.

El apoyo a esta Línea Estratégica se concreta en las Areas de Desarrollo Estratégico de:

#### **1.1.- ANÁLISIS DE NECESIDADES DE AD**

##### **Planteamiento**

Es necesario profundizar en la identificación de los beneficiarios de nuestra acción, en su cuantificación y en el conocimiento de sus necesidades y expectativas, pues son éstos los eslabones básicos para poder dar una adecuada respuesta asistencial y para poder dimensionar y orientar nuestros servicios y nuestros recursos hacia su satisfacción.

Por otra parte, es necesario incluir a los cuidadores y al sistema informal en general, como categoría de análisis e intervención de los servicios sanitarios (demanda, utilización, satisfacción, calidad).

### **Estrategias corporativas**

*Mejorar el conocimiento de las necesidades de AD y de las expectativas de pacientes, cuidadores y grupos de interés (GI)*

#### **Objetivo N° 1**

*Identificar y cuantificar las necesidades de AD en la CV*

##### **Acciones para el logro del objetivo**

- Crear un registro de pacientes y cuidadores por zona y área de salud.
- Incorporar la medición de necesidades de AD a futuras encuestas poblacionales (Encuestas de Salud, ...).

#### **Objetivo N° 2**

*Profundizar en el conocimiento de las expectativas de los beneficiarios y grupos de interés*

##### **Acciones para el logro del objetivo**

- Realizar un estudio de expectativas de pacientes, cuidadores y disciplinas profesionales.

## **1.2.- CARTERA DE SERVICIOS**

### **Planteamiento**

Se han detectado déficits en algunos servicios para poder ofertar una cartera integral de servicios domiciliarios sanitarios, así como la clarificación de las carteras correspondientes a cada agente domiciliario como condición necesaria para el funcionamiento en red.

### **Estrategias corporativa**

*Diseñar y disponer de una cartera de servicios adecuada a las necesidades de AD.*

#### **Objetivo N° 3**

*Ampliar la cartera de servicios domiciliarios en prestaciones deficitarias*

##### **Acciones para el logro del objetivo**

- Diseño y desarrollo de servicios domiciliarios de Rehabilitación.
- Diseño y desarrollo de servicios domiciliarios de Salud Mental.



- Diseño y desarrollo de servicios domiciliarios del Area Materno-Infantil.
- Diseño y desarrollo de servicios domiciliarios en Residencias.

#### **Objetivo N° 4**

*Delimitar la cartera de servicios de cada agente de forma que se favorezca el uso apropiado de los recursos*

##### **Acciones para el logro del objetivo**

- Definir una cartera de servicios domiciliarios específica por agente.

### **1.3.- RECURSOS Y ORGANIZACIÓN**

#### **Planteamiento:**

Existe un desfase obvio entre las necesidades crecientes de AD (las actuales más las nuevas derivadas del crecimiento de coberturas, de la ampliación de la cartera de servicios domiciliarios y del desarrollo del modelo de integración funcional), y la capacidad actual de los agentes para asumirlas, tanto en términos de agentes y de recursos humanos, como de medios (tecnologías sanitarias, TIC, material ortoprotésico, ayudas técnicas y equipamiento médico de larga duración).

#### **Estrategia corporativa**

*Adecuar los recursos a las necesidades de AD*

#### **1.3.1.- TECNOLOGÍA SANITARIA**

Se detecta ausencia de un catálogo de tecnología sanitaria específica por agente, así como la dotación adecuada y lagunas formativas para su uso.

#### **Objetivo N° 5**

*Dotar de la adecuada Tecnología Sanitaria*

##### **Acciones para el logro del objetivo**

- Elaborar un catálogo de tecnología diagnóstica y terapéutica por agente.
- Proceder a su dotación y a la formación de profesionales.

### 1.3.2.- TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (TIC)

#### Planteamiento

Las TIC son un elemento clave para el desarrollo de un modelo integrado de AD. Sin embargo, se detecta un déficit de dotación y uso de las TIC en el ámbito domiciliario.

Las TIC ya están disponibles, y su actualización avanza a gran velocidad. Para que un usuario acceda a los profesionales, hace falta *un teléfono que no comunique*; para disponer de la Historia Clínica Electrónica (HCE) hace falta *programas, dotación informática y telecomunicaciones*; para acceder a bases de datos de conocimiento y a webs específicas, hace falta *internet*; para la comunicación y envío de documentos entre profesionales, hace falta *correo electrónico*; para comunicarse entre profesionales de ubicación variable, hace falta *telefonía móvil corporativa*; para acceder a la HCE desde el domicilio, hacen falta *ordenadores de mano*; para poder reunirse a distancia, hace falta *videoconferencia*;... y todas estas tecnologías ya están disponibles en el mercado.

La base de una buena integración y coordinación en AD es simplemente que los profesionales puedan comunicarse con facilidad, y que los beneficiarios puedan contactar fácilmente con sus profesionales. Por lo tanto, correo electrónico y acceso telefónico para profesionales (telefonía fija + móviles internos corporativos) y el acceso telefónico para usuarios, serían prioritarios.

#### Historia Clínica Electrónica (HCE)

La implantación progresiva de la HCE dentro del *proyecto ABUCASIS II*, es de gran relevancia el desarrollo del modelo integrado de AD.

La HCE deberá incorporar a medio plazo un *módulo específico de AD* que disponga de todas aquellas funcionalidades necesarias para una correcta atención en AD e igualmente deberá *ser accesible on line desde el domicilio o en diferido* mediante ordenadores de mano (PDA, TabletPC u otros).

#### Objetivo N° 6

*Impulsar la dotación y uso de las TIC, que facilite la comunicación entre los beneficiarios y sus profesionales; entre profesionales y el acceso de estos últimos al conocimiento*

### **Acciones para el logro del objetivo**

- ❑ Definición y dotación de plataforma de tecnología informática por agente.
- ❑ Desarrollo de un módulo de AD en como estándar de Historia Clínica Electrónica (HCE) compartida por todos los agentes de AD.
- ❑ Desarrollar la interconectividad del módulo de AD de Abucasis II con la HCE Hospitalaria y sus unidades de exploraciones complementarias.
- ❑ Incorporar ordenadores de mano (PDA, TabletPC u otros) al trabajo en domicilio y desarrollar su accesibilidad a la HCE.
- ❑ Definición y dotación de plataforma telefónica fija y móvil por agente.

### **1.3.3.- MATERIAL ORTOPROTÉSICO, AYUDAS TÉCNICAS, MATERIAL FUNGIBLE Y EQUIPAMIENTO SANITARIO DE LARGA DURACIÓN**

#### **Planteamiento:**

De toda la información analizada y de las opiniones recabadas se desprende la necesidad creciente de disponer de estas tecnologías en el domicilio. Sin embargo, en la práctica domiciliaria se detectan lagunas graves y, por lo tanto, un margen de mejora significativo tanto en su disponibilidad como en su gestión.

Cada tipo de material tiene su situación particular:

#### **A.- Material Ortoprotésico**

Son productos sanitarios regulados en la Orden de 18 Enero 1996 (BOE 33/1996 de 7-2-1996) el Real Decreto 414/1996 de 1 de Marzo de 1996 (BOE 99/1996 de 24-4-1996)

Entendemos por material ortoprotésico:

- *Prótesis*: elemento o dispositivo que sustituye total o parcialmente una estructura corporal o una función fisiológica que presenta algún defecto o anomalía.
- *Ortesis*: elemento o dispositivo de uso externo, no implantable, que adaptado individualmente al paciente, se destina a modificar las condiciones estructurales o funcionales del sistema neuromuscular o del esqueleto.

- *Vehículos para inválidos* (sillas de ruedas): incluido en esta normativa, aunque conceptualmente se trate de una ayuda técnica.

En el catálogo de material ortoprotésico financiado por la Conselleria de Sanitat, bajo prescripción por especialista, se incluye:

- A. Prótesis: miembro superior e inferior.
- B. Ortesis: cervicales (collares,...), tronco (corsés,...) y extremidades (férulas, cabestrillos, plantillas, calzado,...).
- C. Ayudas técnicas para la movilidad y para tratamiento postural (que se verá a continuación).

## **B.- Ayudas Técnicas**

- Se trata de aparatos, dispositivos o utensilios producto de la tecnología, diseñados y creados para suplir o complementar limitaciones funcionales (actividades de la vida diaria básicas e instrumentales), psicológicas o intelectuales.
- Se trata sobre todo de útiles necesarios para el desenvolvimiento de la vida diaria (para bañarse y otras tareas higiene personal, uso del retrete, vestido, calzado, alimentación, cinchas, grúas, camas articuladas y accesorios,...).
- Según el Centro Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas (CEAPAT), el catálogo general de ayudas técnicas distingue:
  - Ayudas para la terapia (postural) y entrenamiento.
  - Ayudas para la movilidad personal.
  - Ayudas para la protección y cuidado personal.
  - Ayudas para la comunicación, la información y la señalización.
  - Ayudas para las tareas domésticas.
  - Muebles y adaptaciones para viviendas y otros edificios.
  - Ayudas para el manejo de productos y mercancías.
  - Ayudas para el esparcimiento.
- Existe indefinición en cuanto al ámbito sanitario o social en que está más justificada la consideración de un buen grupo de ayudas técnicas y, como consecuencia, la financiación sanitaria y social de las mismas. En cualquier caso, hay que contemplar que el escenario más verosímil es que la ausencia

de ciertas ayudas técnicas desembocará en un internamiento sanitario y, por lo tanto, en un impacto sobre el presupuesto del sector salud.

- De hecho, el catálogo de material ortoprotésico financiado por la Conselleria de Sanitat, bajo prescripción por especialista, **incluye**:
  - ✓ Ayudas técnicas para la movilidad:
    - para la deambulación: bastones, muletas axilares, trípodes, andadores.
    - para el desplazamiento: sillas de ruedas.
  - ✓ Ayudas técnicas para tratamiento postural:
    - Cojines antiescaras.
- Sin embargo, y a título ilustrativo, **excluye** otro tipo de ayudas de ámbito similar:
  - ✓ Para la movilidad (transferencia): cinchas, grúas,...
  - ✓ Para el tratamiento postural: camas articuladas y accesorios, colchones antiescaras,...

### C.- Adaptaciones de Estructuras Domiciliarias

Se incluye en este apartado:

- las adaptaciones que pueden realizarse en la vivienda: baño, cocina, puertas,...
- la eliminación de barreras arquitectónicas: escalones, escaleras,...

Para acceder a ayudas técnicas y a adaptaciones de estructuras domiciliarias se establece una convocatoria anual, a través de la que se conceden ayudas económicas individualizadas. La Conselleria de Bienestar Social, a través de la Dirección General de Servicios Sociales, publica anualmente la normativa que regula las Prestaciones Económicas Individualizadas, facultando a los Ayuntamientos a realizar la valoración técnica de las solicitudes, su tramitación y concesión, excepto en las solicitudes de barreras arquitectónicas que resuelve cada Dirección Territorial de Bienestar Social.

Pero en la práctica, existe una escasa financiación pública: sólo en casos excepcionales que están claramente indicados y que el usuario no puede proveérselas por falta de medios económicos, pueden acudir a la convocatoria anual y ser subvencionados.

## D.- Material de Curas y Fungible en general

Se da la situación de pacientes domiciliarios cuyos cuidados son proporcionados por cuidadores familiares (que en cierta medida sustituyen a los profesionales sanitarios) y que, además, corren con multitud de gastos de material de curas y fungible en general, ya que se trata de productos en ocasiones no incluidos en la prestación farmacéutica de la Seguridad Social: gasas, vendas, guantes, jeringas, sondas, antisépticos, ... Es decir, cuidan, suplen a los profesionales y además, les cuesta dinero cuidar. Este tema ha sido repetidamente objeto de peticiones por parte de familiares a trabajadores sociales y en los SAIP.

Mediante regulaciones específicas, se han ido resolviendo situaciones puntuales (absorbentes y obturadores para pacientes con trastornos graves de incontinencia; material fungible para administración de nutrición enteral domiciliaria; material fungible para pacientes portadores de bombas de insulina; enemas para pacientes con trastornos graves de la motilidad intestinal,...), pero no se ha abordado globalmente este tipo de necesidades del colectivo de pacientes incluidos en Programa de Atención Domiciliaria (salvo para los pacientes hospitalizados a domicilio).

## E.- Equipamiento Médico domiciliario de larga duración

En cuanto al equipamiento médico domiciliario de larga duración (oxigenoterapia, terapias respiratorias, diálisis peritoneal domiciliaria y otras) que actualmente prestan empresas concertadas, se mencionan por los profesionales algunos problemas de rapidez de respuesta y deficiencias de gestión (entre otros, fallo en la identificación y notificación de fallecimientos y facturación por las empresas hasta la detección de la situación).

### Objetivo N° 7

*Mejorar la prestación sanitaria domiciliaria relativa al material ortoprotésico, ayudas técnicas, material fungible y equipamiento médico domiciliario de larga duración.*

#### Acciones para el logro del objetivo

- Revisar y actualizar el catálogo de material ortoprotésico de la Conselleria de Sanitat desde la óptica de las necesidades de la AD.

- ❑ Elaborar un catálogo de ayudas técnicas desde la óptica de las necesidades de la AD, clarificar la financiación sanitaria o social y establecer el modelo de gestión.
- ❑ Mejorar la gestión (prescripción, préstamo, distribución, recuperación y mantenimiento) del material ortoprotésico y de aquellas ayudas técnicas del catálogo actualizado que sean de responsabilidad sanitaria.
  - Explorar solución vía empresa de servicios o vía creación de centrales de gestión de material ortoprotésico y ayudas técnicas de carácter público (de la que existen algunas experiencias).
- ❑ Regular, para el colectivo específico de pacientes incluidos en AD, el suministro de material de curas y fungible en general, no incluido en la oferta de la Seguridad Social y que sea necesario para la adecuada atención del paciente domiciliario, a través de su centro de atención primaria.
- ❑ Mejorar la gestión del equipamiento médico domiciliario de larga duración: oxigenoterapia, terapias respiratorias, diálisis peritoneal domiciliaria y otras.

### 1.3.4.- AGENTES Y RECURSOS HUMANOS

#### **Planteamiento:**

La situación actual de los agentes domiciliarios y sus rrhh se caracteriza por:

*a.- Situaciones de déficit de recursos y/o de actividad domiciliaria:*

- ✓ No existe el agente domiciliario: es el caso de algunas Areas/ Zonas de Salud sin UHD, sin UBRhb,...
- ✓ Existe el agente domiciliario pero:
  - No cubre geográficamente a toda la población: residentes fuera de isocronas de las UHD.
  - No dispone de rrhh suficientes para cubrir “adecuadamente” a toda la población: situación frecuente en buena parte de agentes.
  - No dispone del profesional pertinente: varios agentes sin Trabajadora Social, sin Fisioterapeuta.

- No desarrolla actividad domiciliaria: un 25% de los EAP declaran no desarrollar AD.

*b.- Situaciones de desequilibrio de rrhh inter e intraagentes:*

- ✓ Desequilibrio en la dotación de plantillas entre agentes del mismo tipo (entre EAPs, entre UHDs,...) para atender a una carga de trabajo similar.
- ✓ Distribución desequilibrada de cargas de trabajo entre profesionales de un mismo agente (entre cupos médicos, entre poblaciones asignadas por enfermera,...).

*c.- Situaciones de déficit de parámetros de planificación de rrhh en el ámbito de AD*

- ✓ Actualmente no disponemos de parámetros validados que nos sirvan de estándares para la planificación específica de cada tipo de recurso humano implicado en la AD.

El abordaje riguroso de las situaciones descritas supone, en primer lugar, disponer de parámetros de planificación validados en centros piloto. Posteriormente, el redimensionamiento de cada agente en base a los parámetros de planificación validados, deberá ser aplicado caso a caso, y valorando las posibles mejoras organizativas y los posibles aumentos de productividad de los profesionales.

### **Objetivo N° 8**

*Redimensionar los agentes actuales y sus recursos humanos para asumir la carga de servicios domiciliarios*

#### **Acciones para el logro del objetivo**

- ❑ Desarrollar criterios corporativos para la dotación de RRHH por agente: estándares de servicios, coberturas, cargas de trabajo por tipologías y productividad.
- ❑ Proceder a redimensionar los RRHH de cada agente en función de los criterios corporativos y reequilibrar las cargas de trabajo entre profesionales dentro de cada agente.



## Objetivo N° 9

*Abordar los crecimientos futuros necesarios para completar las coberturas de AD*

### Acciones para el logro del objetivo

- ❑ Lograr que el 100% de EAPs actuales y futuros desarrollen el PAD.
  
- ❑ Desarrollar la línea de HAD pediátrica en las UHD del H. Clínico y General de Alicante y ampliar a todo tipo de niños la UHD Oncología Pediátrica del H. La Fe, para cumplir con el Plan Oncológico.
  
- ❑ Crear las UHDs de Vinaroz, General de Castellón, La Plana, Requena, Vila-joiosa y San Juan en el marco del nuevo modelo integrado de AD.

En las Areas actuales que todavía no disponen de UHD, y al objeto de completar la cobertura de la CV, no se crearán UHDs con objetivos estrictamente hospitalarios, al margen de la APS y de las necesidades de AD del Area correspondiente, sino que se desarrollará el nuevo modelo integrado de AD, englobando a todos los agentes sanitarios domiciliarios del Area en dicho proceso. Se garantizará a partir de la creación del Sistema de Dirección Integrada y de los Comités Técnicos necesarios, que se construye una AD integrada.

- ❑ Abordar los crecimientos necesarios en unidades específicas de Rehabilitación y de Salud Mental, según sus respectivos planes.

### 1.3.5.- ORGANIZACIÓN

#### Planteamiento:

Se detectan problemas organizativos internos dentro de los agentes y déficits de desarrollo de mecanismos de apoyo mutuo entre agentes.

**Objetivo N° 10*****Desarrollar mejoras de organización interna en los agentes de AD*****Acciones para el logro del objetivo**

- Desarrollo de estrategias de mejora del funcionamiento interno de cada agente y de incremento del tiempo asistencial domiciliario.

Por ejemplo, en relación a los EAPs, en los grupos nominales han surgido varios elementos de mejora organizativos que podrían considerarse. Dado que la AD es una actividad más de un EAP, las mejoras planteadas son mayoritariamente globales, aunque algunas propuestas son específicas de la AD. Entre otras podemos citar:

- o Mejora de la asignación de población:
  - Incorporación de nuevos criterios en la planificación de plantillas de todos los EAP (envejecimiento de la población, presencia de residencias geriátricas en la zona básica, ruralidad-dispersión,...)
  - Equilibrado de cargas de trabajo entre cupos profesionales dentro de cada EAP.
- o Mejora de la organización interna:
  - Explorar la viabilidad de reorganización interna de los EAP grandes en miniequipos de Médicos-Enfermeras.
  - Rezonificación
  - Equipos específicos que asuman toda la AD del EAP.
  - Etc
- o Desarrollo de estrategias de incremento de tiempo asistencial domiciliario:
  - Asignación de tiempos específicos para la AD en las agendas de los profesionales.
  - Establecimiento de tiempos mínimos de AD por profesional y semana.
  - Rediseño de la Consulta de Enfermería.
  - Manejo del “paciente hiperfrecuentador”.
  - Desburocratización de las consultas médicas.
  - Etc
- o Mejora del funcionamiento interno de los EAPs en AD:
  - Establecimiento de protocolos internos de coordinación y de derivación entre profesionales, especialmente mé-

dico-enfermera, pero también con fisioterapeutas, matronas y trabajadoras sociales.

- Delimitación de funciones, actividades y responsabilidades de cada profesional implicado en la AD
- Sistema de reuniones periódicas de AD
- Priorización de la AD para enfermería
- Etc

- Rediseñar e incrementar la función de soporte al PAD por parte de las UHDs, USM,...

Por ejemplo: Desarrollar la función de soporte al PAD por parte de las UHDs:

- o Potenciar la realización de visitas conjuntas
- o Potenciar la revisión de casos en sesiones clínicas conjuntas
- o Potenciar las interconsultas virtuales entre profesionales:
  - *Voz*: Vía telefónica
  - *Datos*: Vía correo electrónico
  - *Voz, datos e imagen*: utilizando las tecnologías de información y comunicación
- o Garantizar accesibilidad de los profesionales del PAD de los EAP a la cartera de servicios del Hospital en los casos necesarios: pruebas de laboratorio, imagen, interconsultas, etc.
- o Potenciar las visitas puntuales en isocronas más amplias que las actuales para facilitar el control de casos complejos.

## LÍNEA ESTRATÉGICA n° 2 POTENCIAR LA ACTUACIÓN INTEGRADA DE LOS AGENTES DOMICILIARIOS

Dado que son varios los agentes sanitarios de la Conselleria implicados en actividades domiciliarias (y en algunos casos, con agentes dependientes de las Diputaciones como es el caso de ciertas Unidades de Salud Mental) conviene ir hacia un modelo de integración de su actuación. Esta integración debe hacer que los pacientes y sus cuidadores sean el eje de la atención y que los agentes implicados intervengan coordinadamente en torno a ellos: cada disciplina y cada agente aporta sus servicios para garantizar una atención integral e integrada. La atención debe ser compartida entre los agentes implicados, sin barreras ni escalones y debe existir continuidad informativa, asistencial y referencial.

El modelo integrado de AD que impulsa la Conselleria orienta su política en tres ejes:

- a.- Impulsar la Integración Funcional
- b.- Mejorar la Coordinación Sanitaria.
- c.- Mejorar la Coordinación Socio Sanitaria

El apoyo a esta Línea Estratégica se concreta en las Areas de Desarrollo Estratégico de:

### *2.1.- INTEGRACIÓN FUNCIONAL DE AGENTES*

#### **Planteamiento**

La Conselleria opta por desarrollar un modelo de integración progresiva de la actuación de los agentes domiciliarios. A este modelo, la Conselleria lo denomina: “integración funcional”, lo que significa que orgánicamente cada agente depende de su estructura sanitaria actual (así, el PAD y U. Básicas de Rhb dependen de Atención Primaria; la HAD y U. de Salud Mental dependen de la Atención Especializada; y los Recursos de Emergencias dependen de la Estructura de Emergencias Sanitarias), pero en la práctica asistencial deben “funcionar” paulatinamente como una sola organización.

Para desarrollar el modelo de integración funcional, se propone:

### **Estrategia corporativa**

*Desarrollar una estructura de gestión específica para la AD*

#### **Objetivo N° 11**

*Desarrollar un Sistema Integrado de Dirección de la AD*

##### **Acciones para el logro del objetivo**

- ❑ Elaborar y poner en marcha el organigrama para la dirección integrada de la AD.
  - o Los pilares de este organigrama serán:
    - *Un Comité de Dirección a nivel de los SSCC de la Conselleria.*
    - *Una estructura de coordinación a nivel de los SSCC de la Conselleria.*
    - *Un Comité de Dirección a nivel de cada Area de Salud, compuesto por las direcciones de Primaria, Especializada y Emergencias.*
    - *Un Sistema de Participación Profesional.*
  
- ❑ Documentar los procedimientos de funcionamiento: normalización de reuniones, actas, documentos,...

#### **Objetivo N° 12**

*Desarrollar el Sistema de Participación Profesional que aborde el desarrollo integrado de contenidos técnicos y de la organización de la práctica asistencial*

##### **Acciones para el logro del objetivo**

- ❑ Constituir sistema de Comités Técnicos, Grupos Asesores y Grupos de Trabajo de composición mixta.
- ❑ Documentar los procedimientos de funcionamiento: normalización de grupos, reuniones, actas, documentos,...

## **2.2.- COORDINACIÓN SANITARIA**

Para desarrollar la coordinación sanitaria, como instrumento de la continuidad asistencial, se propone:

## **Estrategia corporativa**

### **Reforzar la coordinación sanitaria**

#### **Objetivo N° 13**

*Diseñar y operativizar circuitos asistenciales entre agentes que garanticen la continuidad informativa, asistencial y referencial*

##### **Acciones para el logro del objetivo**

- Diseñar una Historia Domiciliaria que permanezca en el domicilio del paciente y que esté permanentemente actualizada*  
Este soporte documental (diferente de la Historia Clínica) debe de servir de nexo de coordinación entre diferentes profesionales y entre diferentes agentes que vayan al domicilio, así como para el paciente en caso de tener que acudir a urgencias hospitalarias o de cambio temporal de residencia.
- Diseño e implementación de la Coordinación PAD - HAD (PADI)*
- Diseño e implementación de la Coordinación PADI – SUEE*
- Diseño e implementación de la Coordinación PADI – Hospital de Agudos*
- Diseño e implementación de la Coordinación PADI – H. Media Larga Estancia*
- Diseño e implementación de la Coordinación PADI - U.B.Rhb*
- Diseño e implementación de la Coordinación PADI - U.S. Mental*

### **2.3.- COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA**

#### **Planteamiento**

La atención integral biopsicosocial, requiere la realización de diagnósticos e intervenciones sociales que permitan el desarrollo de la AD.

Pero la gestión de los servicios y recursos del sector social presenta especificidades importantes: mientras que los Servicios Sanitarios son universales y dependen íntegramente de la Generalitat Valenciana (GV), los Servicios Sociales no son universales y dependen en su nivel primario de los Ayuntamientos, y en su nivel especializado, de la GV. Esta situación introduce complejidad organizativa al tener que coordinarnos desde el sector sanitario, tanto a nivel institucional como profesional, a dos niveles: con la Conselleria de Bienestar Social y sus Delegaciones Territoriales para



los servicios sociales especializados, y con cada Municipio para los servicios sociales básicos.

Sin embargo, la complejidad de coordinación con ser importante no es el problema más relevante: el enorme déficit de recursos sociales hace que en muchos casos no tengamos con quién coordinarnos. Sin un incremento significativo de recursos sociales, los márgenes de mejora de la AD se verán comprometidos, pues es precisamente en las poblaciones más vulnerables donde más necesidades de AD se detectan.

El mayor volumen de interacción sociosanitaria en el ámbito domiciliario se da en el nivel primario, es decir, entre los EAPs y los Equipos Sociales de Base, por lo que es éste un punto clave a considerar en el desarrollo de la AD.

El profesional clave de la coordinación sociosanitaria desde la óptica del PMAD es el Trabajador Social Sanitario (TSS).

Identificamos 2 áreas de coordinación social: intrasanitaria y sociosanitaria

## **Estrategia corporativa**

### ***Reforzar la coordinación sociosanitaria***

#### **Objetivo N° 14**

##### ***Mejorar la coordinación “social” entre agentes y niveles sanitarios primario y especializado***

###### **Acciones para el logro del objetivo**

- Establecer y aplicar dentro de cada agente los criterios, soportes documentales y procedimientos de derivación al TSS por parte del resto de profesionales.
- Establecer y aplicar criterios, soportes documentales y procedimientos de derivación entre los TSS de los agentes del nivel especializado y primario en el ámbito de la AD.
- Institucionalización de la coordinación social entre niveles sanitarios.

#### **Objetivo N° 15**

##### ***Mejorar la coordinación entre sector sanitario y social***

###### **Acciones para el logro del objetivo**

- Elaborar/actualizar las guías de recursos sociales, voluntariado y grupos de ayuda mutua y mejorar, en su caso, los mecanismos de acceso informático a las mismas.

- ❑ Establecer y aplicar criterios, soportes documentales, procedimientos y responsables de derivación mutua entre los TS del sector sanitario y social en el ámbito de la AD.
- ❑ Impulsar, junto con el Servicio de Asistencia Sociosanitaria, la creación/funcionamiento de una Comisión Interinstitucional de Coordinación Sociosanitaria a nivel Area de Salud entre:
  1. *Ayuntamientos*, responsables de las prestaciones sociales básicas: SAD, Teleasistencia, Supresión de barreras arquitectónicas,...
  2. *Direcciones Territoriales de Bienestar Social*, responsables de las prestaciones sociales especializadas: Estancias temporales de pacientes en Residencias 3ª Edad para respiro familiar, Centros de Día,... y
  3. *Direcciones Integradas A.Primaria-A.Especializada-A.Urgente para la AD*: responsables de la AD sanitaria en su Area.



### LÍNEA ESTRATÉGICA n° 3 MEJORAR LA CALIDAD DE LOS PROCESOS ASISTENCIALES

Actualmente, se trata de aplicar solo las intervenciones que son avaladas por la evidencia disponible, perdiendo sentido la cultura de aumento sistemático de actividades entre las que se incluyen aquéllas que no tienen un impacto en la salud de los pacientes.

La elección y aplicación del mejor método diagnóstico y la mejor alternativa preventiva, curativa, rehabilitadora o paliativa, así como el plan de cuidados o la intervención social, es sin duda el aspecto más relevante de nuestra acción y la base de nuestra eficacia. Ahora bien, estas decisiones están llenas de incertidumbre como lo demuestra la existencia de una gran variabilidad de la práctica asistencial entre profesionales, Centros de Salud,... Por esta razón, es necesario desarrollar todas aquellas áreas de gestión del conocimiento que permitan a nuestros profesionales crear, conocer, seleccionar, aplicar y difundir las pautas más adecuadas según las mejores evidencias científicas disponibles.

Entendemos que la calidad de los procesos asistenciales es el factor clave para satisfacer las necesidades y expectativas de los pacientes y de sus cuidadores.

Para conseguirlo necesitamos, entre otras cosas, disponer de profesionales cualificados y de la tecnología adecuada, así como lograr aplicar correctamente las acciones correctas en base al conocimiento disponible e intentar mejorarlas continuamente.

Para disponer de profesionales cualificados, necesitamos impulsar la *gestión del conocimiento*.

Para disponer de la *tecnología* adecuada, necesitamos disponer de catálogos por agente, de dotación suficiente y de la formación pertinente.

Para aplicar correctamente el conocimiento y mejorarlo continuamente, necesitamos impulsar la *calidad total y la gestión por procesos*.

Gestionar el conocimiento, construir una organización que “aprende”, facilitando así el aumento significativo de nuestro capital intelectual y su difusión, es la garantía de avance en la mejora de la AD en beneficio de nuestros pacientes y sus cuidadores.

El apoyo a esta línea estratégica se concreta en el desarrollo de las Areas Estratégicas de:

### 3.1.- LA GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

#### Planteamiento

De acuerdo con la misión, los agentes sanitarios domiciliarios deben proporcionar una atención basada en las mejores evidencias científicas disponibles y en el conocimiento actualizado de sus profesionales, así como contribuir más intensamente al desarrollo de la AD a través de la innovación, la investigación y la docencia.

El “conocimiento” es precisamente esa información que posee valor para la los profesionales y para la organización. Los servicios sanitarios son organizaciones intensivas en conocimiento. En el ámbito sanitario, el conocimiento (el saber, el saber hacer, el saber aprender y la experiencia acumulada a nivel profesional y organizativo), es el elemento que aporta verdadero valor a nuestra organización y a nuestra intervención individualizada sobre nuestros beneficiarios. Es por lo tanto un valor estratégico. Pero frecuentemente en nuestro entorno, este capital intelectual suele considerarse implícito en la “profesión” y suele ser colocado en la esfera de la responsabilidad individual de los profesionales.

Se trata de asumir desde la organización el desarrollo del área de Gestión del Conocimiento en AD. Entendemos el ámbito del conocimiento desde una perspectiva amplia:

- *Creación:* Innovación e Investigación.
- *Adquisición:* Formación y el Benchmarking.
- *Difusión:* Docencia.
- *Normalización:* Estandarización del conocimiento a través de protocolos, guías, planes de cuidados,... elaborados según las mejores evidencias científicas disponibles.
- *Acceso:* Hacer accesible el conocimiento normalizado para los profesionales mediante las TICs.

Entendemos por Gestión del Conocimiento como el conjunto de procesos y actividades, encaminados a buscar, crear, difundir, aplicar, compartir y proteger la utilización del conocimiento con objeto de aumentar de forma significativa el capital intelectual de la organización.



### 3.1.1.- CREACIÓN DEL CONOCIMIENTO: INNOVACIÓN E INVESTIGACIÓN

#### Planteamiento

Entendemos por **Innovación** los trabajos encaminados a desarrollar nuevos servicios o mejorar sustancialmente los existentes pero siempre a partir de tecnologías básicas existentes y disponibles en el mercado. Es simplemente un nuevo uso de una tecnología existente: por ejemplo, utilización de las TICs (telefonía móvil, el correo electrónico,...) para mejorar u ofertar nuevos servicios sanitarios en AD, o prestar la AD mediante otros esquemas organizativos a los existentes. Parte de los procesos de innovación no descansan en actividades de I+D, sino en una actividad de mejora tras la detección de deficiencias y de posibles soluciones.

**Investigación** serían los trabajos emprendidos fundamentalmente con objeto de adquirir nuevos conocimientos, nuevas tecnologías,....

Creemos que se hace poca innovación e investigación en el campo de la AD en nuestra Comunidad, pero en realidad no tenemos actualmente instrumentos para saberlo. Las decisiones sobre qué innovar o investigar y la búsqueda de financiación para ello, entran actualmente dentro de la esfera de los intereses personales de cada profesional. Esta situación desemboca en una dispersión de objetivos en las líneas de innovación e investigación y una multiplicidad de fuentes de financiación.

A título orientativo, el Plan Valenciano de Investigación Científica, Desarrollo Tecnológico e Innovación (PVIDI), establece varias líneas prioritarias en el sector sanitario, entre las que pueden señalarse como más relevantes para la AD:

- a) Investigaciones básicas y clínicas sobre las patologías con mayor incidencia en la población:
  - Enfermedades crónicas degenerativas.
  - Enfermedades relacionadas con el envejecimiento.
  - Neurológicas y psiquiátricas.
  - Cardiovasculares y respiratorias.
  - Patología del cáncer.
  - SIDA.
- b) Investigaciones sobre organización de servicios sanitarios y sociosanitarios

- Tecnología de la información.
  - Acreditación de servicios sanitarios y socio-sanitarios.
  - Potenciación del estudio e implantación de alternativas a la hospitalización tradicional, más acordes con la demanda (UHD, H. de día, Unidad de Cuidados Paliativos, Integración de los servicios asistenciales).
- c) Investigaciones sobre recursos de los profesionales sanitarios
- Formación continuada: metodología y evaluación.
  - Gestión Sanitaria.
  - Fomento e implantación del trabajo interdisciplinar.
- d) Investigaciones relacionadas con aspectos psicológicos y sociales relacionados con la salud
- Apoyo emocional y promoción de adaptación.
  - Adherencia terapéutica.

#### **Estrategia corporativa**

- *Fomentar líneas prioritarias de investigación e innovación en el ámbito de la AD*
- *Potenciar su desarrollo en un marco cooperativo entre agentes domiciliarios*

### **3.1.1.1.- INNOVACIÓN**

#### **Objetivo N° 16**

*Impulsar el desarrollo de innovaciones tecnológicas y organizativas en AD orientadas hacia mejora de la relación entre beneficiarios y profesionales, y entre los propios profesionales.*

#### **Acciones para el logro del objetivo**

- Explorar la Consulta Telefónica en AD en ambos niveles asistenciales.*
- Explorar la Central de Llamadas Telefónicas (“Call Center”).*
- Explorar la Telemedicina en AD:*

El avance de las telecomunicaciones, la miniaturización de la tecnología, el desarrollo de lectores de signos vitales (sensores) y el desarrollo e implantación de la historia clínica electrónica, están facilitando el desarrollo de la *Telemedicina*. La tecnología ya está disponible, su implantación será ineludible a medio plazo, y solo queda que los más avanzados

consigan demostrar con experiencias locales su utilidad en AD.

Actualmente, casi todo tipo de datos, voz e imágenes pueden ser capturados en domicilio y enviados online o almacenados en ordenadores de mano (PDA, TabletPC u otros) para su posterior volcado al sistema central (p.e.: ABUCASIS II) o para valoración a distancia por parte de un especialista consultor. La miniaturización de los lectores junto con los ordenadores de mano abren un campo nuevo para la AD. Así, es posible por ejemplo:

- la videoconferencia
  - el acceso a la HCE desde el domicilio mediante ordenadores de mano.
  - la captura mediante lectores de señales (sensores colocados en el cuerpo del paciente) en domicilio de signos vitales (frecuencia cardiaca, temperatura, presión arterial, peso, posición corporal,...)
  - varios tipos de exploraciones: pulsioximetría, glucometría, ECG,...
  - fuentes de luz para exploraciones (dermatoscopio, otoscopio, rinoscopio, oftalmoscopio,...), cámaras digitales, ..
  - equipamientos de mano para analíticas en domicilio
  - el almacenamiento y acceso a imágenes radiológicas, ecocardiografía,...
- 
- ❑ *Explorar nuevos modelos organizativos de enfermería en AD (Responsables de AD; Enfermería de Enlace; Adaptación de Modelos extranjeros,...).*
  - ❑ *Explorar la función Gestión de Casos en AD.*
  - ❑ *Explorar la gestión de camas en Residencias Asistidas por las UHDs en coordinación con el PAD.*

### 3.1.1.2.- INVESTIGACIÓN

#### Objetivo N° 17

*Elaboración y puesta en marcha de un Plan de Investigación en AD.*

##### Acciones para el logro del objetivo

- ❑ *Establecimiento de necesidades y prioridades investigación en AD: Definir el mapa de investigación en AD*
- ❑ *Identificar proyectos de investigación en curso en materia de AD e integrarlos en marco del plan.*
- ❑ *Impulsar las líneas concretas de investigación clínica, reforzando la creación de redes cooperativas y el apoyo técnico.*
- ❑ *Reforzar y agrupar la financiación a la investigación en AD:*
  - *Agrupar en una única línea específica de financiación de la Conselleria.*
  - *Apoyar la obtención de financiación externa: colaboración con otras CCAA, fondos Estatales y Europeos.*
  - *Establecer alianzas con Instituciones públicas y privadas.*

### 3.1.2.- ADQUISICIÓN DEL CONOCIMIENTO: FORMACIÓN Y BENCHMARKING

#### Estrategia corporativa

*Fomentar el acceso al conocimiento mediante un fuerte impulso de la Formación y del Benchmarking*

#### 3.1.2.1.- FORMACIÓN

##### Planteamiento

La *Formación* de los profesionales es fundamental para avanzar y es un elemento muy motivador. Así se han manifestado en los grupos nominales sin excepción. Sin embargo, el modelo actual de la EVES no es adecuado en opinión de profesionales y directivos. Independientemente del planteamiento teórico que subyace al modelo actual de la EVES, en la práctica real funciona también dentro de la esfera de los intereses personales de cada profesional, y no de la organización. La solicitud de cursos responde básicamente a intereses propios del solicitante. La formación no se

vincula al apoyo de proyectos concretos, ni se diseña en función de las necesidades de dichos proyectos, ni de los equipos implicados, ni de las carencias de los profesionales individualmente considerados dentro de dichos proyectos. Es excesivamente teórica y muy enfocada a la obtención del título correspondiente.

Dentro del ámbito de la AD, hay que rediseñar el modelo formativo actual, abriendo una nueva línea formativa descentralizada, personalizada, vinculada a proyectos concretos y apoyarla mediante vías específicas de financiación, es decir, diseñar un *Plan de Formación en AD*.

### **Objetivo N° 18**

*Elaborar y poner en marcha un plan de Formación en AD, con énfasis en la geriatría, la paliación, la atención a la dependencia, los cuidadores y las metodologías.*

#### **Acciones para el logro del objetivo**

- ❑ *Establecer los mapas de competencias profesionales (conocimientos, habilidades y actitudes) de cada disciplina y agente, necesarios para llevar a buen puerto el modelo de AD establecido.*
- ❑ *Individualizar las necesidades de formación de cada profesional en base al mapa de competencias y vincular su acceso a su compromiso con la AD.*
- ❑ *Desarrollar planes anuales de formación con carácter descentralizado y vinculados a necesidades concretas para el avance de la AD:*
  - *Descentralizar al máximo la gestión y la implementación de la formación.*
  - *Potenciar la formación intraequipos y los rotatorios entre agentes.*
  - *Potenciar la formación en ejercicio (práctica individual cotidiana).*
- ❑ *Crear una vía específica de financiación.*

### **3.1.2.2.- BENCHMARKING**

#### **Planteamiento**

Otro gran problema de acceso al conocimiento, es saber qué experiencias se están desarrollando en materia de AD y poder

identificar las prácticas excelentes tanto a nivel interno como externo a nuestra Comunidad. Identificar experiencias relevantes en cuanto a modelos de AD, saber cuáles son los mejores equipos, las mejores prácticas, las mejores técnicas en el ámbito de la AD, poder estudiarlos, poder compararnos, poder visitarlos... y todo ello con el objetivo explícito de aprender de ellos y de adaptar sus soluciones a nuestros contextos concretos, es decir, desarrollar la función de **Benchmarking** es necesario para nuestro avance. Entendemos por *Benchmarking* el aprendizaje mediante la comparación con las mejores prácticas (“*benchmarks*”). Esta metodología, de difícil aplicación en el sector privado por las posibles reticencias a desvelar las claves de sus prácticas a posibles competidores, tiene una gran aplicación en el sector público donde predomina la ausencia de competencia y la predisposición a colaborar y cooperar.

Somos conscientes de que los esfuerzos se duplican innecesariamente: el Centro de Salud “x” inicia una experiencia sobre un tema concreto partiendo de cero, desconociendo que en el Centro de Salud “z” llevan años de experiencia exitosa sobre el mismo tema,...y así sucesivamente. Actualmente, el conocimiento que existe en la organización es poco accesible para sus miembros, lo que redundará en una enorme pérdida de energía sobre todo para los profesionales más motivados. Es necesario diseñar un **Plan de Benchmarking en AD**.

### **Objetivo N° 19**

***Elaborar y poner en marcha un plan de Benchmarking en AD.***

#### **Acciones para el logro del objetivo**

- Mejorar y enfocar los SIS, para que permitan medir, comparar y poder identificar las prácticas de calidad.*
- Propiciar el intercambio de información, experiencias y visitas de trabajo a nivel interno entre profesionales de los agentes (Rotatorios) y externo (otras CCAA).*
- Crear puntos de encuentro internos: sistematizar una reunión anual de AD en el ámbito de CV con inicio en 2005.*
- Crear puntos de encuentro externos: promover una reunión de AD de ámbito nacional en 2006.*
- Establecer un sistema de “tutoriaje” entre agentes veteranos y nuevos para el despliegue del nuevo modelo integrado de AD.*



### 3.1.3.- DIFUSIÓN DEL CONOCIMIENTO: DOCENCIA

#### Planteamiento

La docencia a todas las categorías profesionales implicadas en la AD es necesaria como apoyo al desarrollo y avance de la AD en el futuro. Esta Docencia debe contemplarse tanto a nivel de **Pregrado** como de **Postgrado**, y debe contemplar actividades prácticas (en especial rotaciones por agentes domiciliarios). Organizar la Docencia es una opción de futuro. Las personas en formación son considerados como “*destinatarios de las intervenciones de los agentes domiciliarios*” por el PMAD.

#### Estrategia corporativa

*Difundir el Conocimiento: Fomentar la extensión del conocimiento en AD*

#### Objetivo N° 20

*Elaborar y poner en marcha la colaboración en planes docente pre y postgrado en AD*

##### Acciones para el logro del objetivo

- ❑ **Pregrado:** *Formalizar e implementar la colaboración en programas de Enfermería (incluida Salud Mental), Auxiliar de Enfermería, Matronas, Fisioterapia, Trabajo Social.*
- ❑ **Postgrado:** *Colaboración en programa docente de MIR (Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina Interna y Geriatría).*

### 3.1.4.- NORMALIZACIÓN DEL CONOCIMIENTO

#### Planteamiento

Convertir la evidencia disponible en herramientas que puedan ser utilizadas por toda la organización es el paso necesario para su aplicación real en la práctica cotidiana.

La normalización es la actividad de elaboración de documentos, denominados “normas”, que recogen las especificaciones de un proceso o de su resultado (producto o servicio). El alcance de dicha normalización es tan amplio como lo es la propia actividad sanitaria.

En AD, a esta normalización pretendemos llegar a través de consenso profesional, previa búsqueda de la evidencia científica disponible.

La normalización en el ámbito sanitario no solo es una herramienta de homogeneización de procesos de atención, sino también un elemento de unificación del lenguaje entre los diferentes proveedores de AD y de reducción de la variabilidad de la práctica clínica. *Consensuar* para todos los proveedores de AD *Instrumentos* (una única valoración multidimensional, las escalas de valoración, valoración de enfermería,...), *Guías* (procesos de atención por grupos de pacientes, por patologías,...) y *Protocolos* (de analgesia, de prevención de caídas,...) son las herramientas que pueden facilitar una práctica asistencial de calidad, actualizada y homogénea en todo nuestro territorio y pueden permitir que todos los proveedores de AD hablen el mismo lenguaje.

Por otra parte, este proceso de normalización tiene que acabar convirtiéndose en formatos-papel o en hardware y programas informáticos que permitan su uso cotidiano sobre los pacientes.

Por lo tanto, la normalización es una tarea básica y previa a la informatización: módulo de AD en Historia Clínica Electrónica.

De nuevo, un requisito imprescindible para la normalización es disponer de la formación necesaria para localizar las evidencias científicas y para valorar la calidad de los documentos localizados.

## **Estrategia corporativa**

### ***Proceder a la normalización del conocimiento***

#### **Objetivo N° 21**

***Disponer del conocimiento actualizado en base a las mejores evidencias científicas disponibles y normalizado mediante consenso profesional***

##### **Acciones para el logro del objetivo**

- Facilitar el acceso al conocimiento basado en la evidencia, mediante formación específica y acceso a las bases de datos correspondientes.*
- Normalización de taxonomías de las diferentes disciplinas*
- Normalización de escalas de medida e instrumentos de valoración de pacientes y cuidadores.*
- Normalización de tareas asistenciales (Protocolos, Guías Clínicas, Vías, Planes de Cuidados, Intervenciones Sociales, etc)*

### 3.1.5.- ACCESO AL CONOCIMIENTO

#### Planteamiento

De la experiencia acumulada detectamos:

1. La necesidad de estructurar, consolidar y centralizar el conocimiento acumulado y de nueva creación sobre AD, y de hacerlo accesible para los profesionales mediante las tecnologías de la información y comunicación (TIC).
2. La necesidad de acceso a Bases de Datos (MEDLINE, Cochrane Library,...) y a revistas electrónicas donde se localiza el conocimiento, como herramienta fundamental para disponer de las mejores evidencias científicas disponibles.
3. La necesidad de reducir el número de reuniones presenciales a realizar por los grupos de trabajo, dada la dificultad que genera la dispersión geográfica.

Las TIC son los instrumentos apropiados para facilitar el acceso y la gestión del conocimiento. Por ello, es necesario disponer de una *Web o Portal de Gestión del Conocimiento en AD* como instrumento virtual de apoyo a la formación, docencia, investigación, innovación, benchmarking y como herramienta para grupos de trabajo, que disponga entre otras de las siguientes funcionalidades:

- *Biblioteca virtual del área de AD, organizada en base a un mapa de conocimiento específico de AD, que ayude a la formación, docencia e investigación.*
- *Búsquedas en bancos de datos.*
- *Enlaces de interés.*
- *Banco de experiencias en AD que ayude a la función de benchmarking.*
- *Identificación de personas clave en materia de AD.*
- *Intranet de acceso restringido a profesionales autorizados como herramienta para grupos de trabajo, grupos de investigación,...*
- *Comunicación: foros, noticias, eventos.*

#### Estrategia corporativa

*Acceder al Conocimiento: Dotar de tecnologías de acceso al conocimiento, y que permita el trabajo virtual en grupo y la localización de personas y proyectos relevantes en AD.*

## Objetivo N° 22

### *Dotar de un instrumento virtual para la Gestión del Conocimiento en AD*

#### **Acciones para el logro del objetivo**

- ❑ *Elaboración de un Portal (web) de Gestión del Conocimiento en AD, con intranet para trabajo virtual.*
- ❑ *Facilitar el acceso de los profesionales a bases de datos y a revistas electrónicas.*

## 3.2.- CALIDAD TOTAL Y GESTIÓN POR PROCESOS

### **Planteamiento**

El hecho de disponer de pautas óptimas normalizadas (instrumentos de valoración, escalas, protocolos, guías, planes de cuidados,...) mediante la Gestión del Conocimiento, no garantiza en absoluto que en la realidad cotidiana se apliquen.

Según los principios de la Calidad Total, que el conocimiento disponible se aplique correctamente y se mejore de forma continua, depende no solo de la disponibilidad de dicho conocimiento sino de la implicación de toda la organización, de forma que son varios los factores que contribuyen al logro de unos resultados “excelentes”: la forma en que ejercen el liderazgo los directivos, la política de incentivación y motivación de los profesionales, la formación, la disponibilidad de tecnología, la disponibilidad de “tiempo”,... y también, la forma como se ejecutan los procesos que llevan incorporados el conocimiento (guías, vías,...).

La metodología de “gestión por procesos” constituye una herramienta para la estabilización y mejora de los procesos asistenciales y aporta una forma estructurada y sistemática de aplicación del conocimiento normalizado (protocolos, guías,...) que aumenta las posibilidades de lograr objetivos de calidad y continuidad en un entorno especialmente complejo como la AD, donde con frecuencia para un mismo proceso intervienen varios niveles asistenciales, varios agentes, varias disciplinas profesionales, los cuidadores y el sector social.

Aplicar esta metodología de trabajo a todo el circuito asistencial de un paciente y en cada uno de los agentes que intervienen en dicha cadena asistencial, constituye un reto y una importante oportunidad de mejora para la organización de la AD.

## **Estrategia corporativa**

*Incorporar al desarrollo de la AD los principios e instrumentos de la Calidad Total y la Gestión por Procesos.*

### **Objetivo N° 23**

*Estructurar la atención a través de la metodología de “gestión por procesos” y asegurar la mejora continua.*

#### **Acciones para el logro del objetivo**

- Formación en principios e instrumentos de la Calidad Total y en Gestión por Procesos.
- Realizar el mapa de procesos en AD.
- Implantación de la gestión por procesos en todo el modelo integrado de AD, lo que implica:
  - Nombrar responsables, documentar los procesos, estandarizar o normalizar las tareas, coordinar actividades de los diferentes agentes y profesionales que intervienen, establecer objetivos, fijar indicadores, etc.  
Debe inicialmente hacer referencia a los procesos operativos relacionados con la:
    - a. Asistencia:
      - i. Circuitos asistenciales.
      - ii. Gestión de enfermedades prioritarias.
    - b. Docencia.
    - c. Investigación.
  - Estabilizar el proceso y reducir su variabilidad.
- Aseguramiento de la mejora continua.

## LÍNEA ESTRATÉGICA n° 4.- POTENCIAR LA IMPLICACIÓN DE LOS PROFESIONALES

### **Planteamiento**

Los Profesionales son el factor más importante de la AD y los artífices fundamentales del desarrollo del PMAD. Los profesionales son los que mejor conocen la realidad asistencial, pues la abordan diariamente y los mejor situados para mejorarla. Sin su implicación, todas las propuestas que puedan plantearse, son papel mojado.

De la información extraída de los grupos nominales y del análisis de sus expectativas, se desprenden dos aspectos en cierta medida contradictorios:

Por una parte, el clima general es de insatisfacción y de falta de motivación.

Por otra parte, los profesionales manifiestan una actitud y una disponibilidad explícita de colaborar con la Conselleria en la mejora de la AD.

Es obvio que la implicación de los profesionales es una línea estratégica clave para el desarrollo del PMAD. Para ello es necesario abordar mejoras en los ámbitos tanto de la satisfacción como de la motivación profesional. Pero también hay que tener en cuenta que la gestión de los recursos humanos en los centros del sector público cuenta con restricciones derivadas de su condición de Administración, lo que determina que únicamente se puede operar dentro de unos límites predefinidos y frecuentemente muy rígidos. No obstante, está previsto para 2004 el inicio de una estrategia corporativa de incentivación profesional.

El apoyo a esta Línea Estratégica se concreta en las Areas de Desarrollo Estratégico de:

### **4.1.- SATISFACCIÓN PROFESIONAL**

#### **Estrategia corporativa**

*Mejorar la satisfacción de los profesionales en el ejercicio de la AD.*

## **Objetivo N° 24**

*Introducir medidas que favorezcan la satisfacción profesional en el ejercicio de la AD.*

### **Acciones para el logro del objetivo**

- ❑ *Mejorar la planificación de las plantillas en coherencia con las necesidades de AD y reequilibrar las cargas de trabajo de los profesionales evitando agravios comparativos intraequipos y entre agentes.*
- ❑ *Dotar de los medios, instalaciones y tecnología necesarios para un correcto desempeño de su labor.*
- ❑ *Uso de las sustituciones para formación y rotatorios.*
- ❑ *Disponer de sistema de prevención de riesgos laborales.*

## **4.2.- MOTIVACIÓN PROFESIONAL**

### **Estrategia corporativa**

*Mejorar la motivación de los profesionales en el ejercicio de la AD.*

## **Objetivo N° 25**

*Introducir medidas que favorezcan la motivación profesional para el desarrollo de la AD.*

### **Acciones para el logro del objetivo**

- ❑ *Formación: proporcionar acceso a una formación personalizada.*
- ❑ *Participación: posibilitar la incorporación a grupos de trabajo (GEMs) y comités técnicos de AD.*
- ❑ *Comunicación: incrementar la información y la comunicación interna, abierta y transparente.*
- ❑ *Delegación y asunción de responsabilidades: crear una Red de Responsables de AD; crear la figura de “gestores de proceso” y asignar a la enfermería de los EAP la responsabilidad del PAD.*
- ❑ *Docencia: posibilitar la participación en docencia y remuneración por la misma.*
- ❑ *Reconocimiento: expresar y certificar reconocimiento a personas o grupos, y consideración del mismo en el curriculum vitae.*
- ❑ *Incentivación: diseñar e incorporar indicadores y objetivos del ámbito de la AD como elementos a considerar en cualquier proceso de incentivación que se establezca y que afecte a los agentes domiciliarios.*

**LÍNEA ESTRATÉGICA n° 5.-  
MEJORAR LAS GARANTÍAS DE PERMANENCIA  
DE LA AD, POTENCIANDO A LOS NUEVOS  
ACTORES EMERGENTES Y LAS ALIANZAS  
CON LOS GRUPOS E INSTITUCIONES COMUNITARIAS**

Se pueden identificar nuevos actores emergentes en el ámbito de la AD, cuya importancia radica en que su potenciación constituye una garantía de permanencia de la AD como prestación del sistema sanitario. Con las tendencias demográficas, epidemiológicas y sociales actuales, y sin suficientes cuidadores, sin suficiente apoyo social (formal e informal) y sin profesionales que sean conscientes de que su papel es protagonista en este servicio y que así lo asuman, es fácil concluir que la AD tendrá grandes dificultades para desarrollarse, dejando de cubrir necesidades importantes.

El apoyo a esta Línea Estratégica se concreta en las Areas de Desarrollo Estratégico de:

### **5.1.- EL CUIDADOR, NUESTRO NUEVO CLIENTE**

#### **Planteamiento:**

Las personas de la familia que constituyen básicamente el sistema informal de cuidados, son los principales prestadores de atención a las personas dependientes. De entre estas personas, es concretamente el cuidador principal el mayor proveedor de cuidados. Los servicios sanitarios y sociales, como sistemas formales, participan de forma minoritaria en el cuidado continuado de las personas enfermas y dependientes que viven en la comunidad.

La figura de los cuidadores informales ha sido frecuentemente ignorada en los servicios sanitarios y en especial, en la AD. Y ello, siendo conscientes de que la disponibilidad de cuidadores es el factor clave que posibilita la existencia misma de la AD. También es cierto que su consideración “teórica” está presente en toda la documentación que se pueda consultar. Es más, “cuidar a los que cuidan” ha sido frecuentemente invocada como estrategia de las



políticas generales de apoyo a los cuidadores informales y como lema del enfoque de la acción sanitaria y social,... pero la implantación real de las intervenciones propuestas es realmente escasa.

Pero además, en las mismas consideraciones teóricas existen diferentes enfoques sobre el papel que los servicios sanitarios y sociales (sistema formal) otorgan a los cuidadores informales\*:

**a.- El cuidador como “recurso”:**

Según este modelo, se considera al cuidador como recurso para el cuidado de la persona dependiente. El cuidador es tenido en cuenta por el sistema formal en tanto que presta cuidados al paciente, pero su salud y su bienestar son normalmente ignorados, ya que la única diana de actuación de los profesionales es el propio paciente. En este modelo no hay conflicto de intereses entre paciente y cuidador: el paciente es el único foco de atención.

La preocupación por la salud y el bienestar del cuidador tiene una finalidad *puramente instrumental*, como una forma de maximizar la cantidad y la calidad de los cuidados que presta al paciente, es decir, que el interés del sistema formal radica en garantizar su continuidad como recurso.

En este modelo, el principal objetivo de las intervenciones de los profesionales será informar (sobre necesidades del paciente y cómo atenderlas) y formar al cuidador (en habilidades y técnicas para cuidar).

**b.- El cuidador como “cliente”:**

Según este modelo, el cuidador en sí mismo es un foco de atención para los profesionales. Es el cliente “secundario”, junto con el enfermo dependiente, que seguiría siendo el cliente “primario”. Asumir el papel de cuidador supone un importante impacto sobre la calidad de vida y sobre la salud, por lo que el cuidador se convierte así de facto en paciente del sistema sanitario y en usuario de los servicios sociales. Se tiene en cuenta la salud y el bienestar del

---

\*García-Calvente MM; Mateo Rodríguez I: “Relación entre los sistemas: las cuidadoras informales y los servicios sanitarios y sociales” en Atención familiar en los enfermos crónicos, inmovilizados y terminales. Granada: Fundesfam 2001

cuidador en sí mismo, se reconoce que sus necesidades y problemas son diferentes de los del paciente y que incluso pueden existir conflictos de intereses (lo mejor para el bienestar del paciente no siempre coincide con lo mejor para el bienestar del cuidador).

En este modelo, el principal objetivo de las intervenciones de los profesionales con el cuidador será mejorar su salud, mejorar su calidad de vida y disminuir el impacto negativo sobre su bienestar, lo que dará lugar a actuaciones de apoyo diferentes de las del anterior modelo (ver Tabla 27).

**Tabla 27**

<b>CARACTERÍSTICAS DEL MODELO</b>	<b>MODELO DEL CUIDADOR RECURSO</b>	<b>MODELO DEL CUIDADOR CLIENTE</b>
<i>Concepto de cuidador</i>	Recurso para optimizar la atención de la persona dependiente	Cliente secundario de los servicios formales
<i>Bienestar del cuidador</i>	Tiene un carácter instrumental o bien se ignora	Ha de ser tenido en cuenta en las intervenciones
<i>Objetivo de las intervenciones</i>	Mantener o incrementar el apoyo informal tanto como sea posible bienestar	Mejorar la calidad de vida del cuidador y disminuir el impacto negativo sobre su
<i>Tipos de intervenciones</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Información al cuidador sobre las necesidades del beneficiario y sobre cómo atenderlas</li> <li>▪ Formación del cuidador en habilidades y técnicas para cuidar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Servicios de apoyo al cuidador</li> <li>▪ Servicios de respiro para el cuidador</li> <li>▪ Servicios alternativos de atención</li> <li>▪ Información sobre recursos de apoyo disponibles</li> <li>▪ Formación en habilidades para disminuir la sobrecarga del cuidador</li> </ul>

Es ampliamente conocida la tendencia decreciente de la disponibilidad de cuidadores informales por múltiples factores (también ampliamente conocidos) y esta situación constituye una *amenaza* importante para el desarrollo de la AD.

Los estudios realizados evidencian la abrumadora participación de las mujeres como cuidadoras principales en el ámbito doméstico.

Tan mayoritaria es la situación que podríamos referirnos a la “Cuidadora Principal” por su condición de mujer. En muchos casos, la cuidadora asume toda la responsabilidad y tiene que cuidar cada vez más “en solitario”. Existe una alta prevalencia de cuidadores que manifiestan tener problemas de salud, que esos problemas de salud son precisamente la principal dificultad para cuidar y que el desempeño mismo del rol de cuidador afecta negativamente a su salud. En muchos casos, son ancianos enfermos los que cuidan a otros ancianos todavía más enfermos.

Recogiendo las ideas anteriores, este Plan para la Mejora de la AD contempla al cuidador como nuestro nuevo “cliente”, asumiendo bajo este término la **doble consideración de:**

- ◆ *Cuidador-recurso* : como “recurso colaborador” en los cuidados al paciente primario, el cuidador tiene un rol y unas necesidades de información, formación y apoyo que tienen que ser cubiertas por el sistema sanitario.
  
- ◆ *Cuidador-paciente* : como “paciente secundario”, el cuidador tiene unas necesidades y problemas diferenciados del paciente (su propia salud, el nivel de sobrecarga soportado, el equilibrio psicológico,...) que tienen que ser cubiertas también por el sistema sanitario.

La necesidad de plantear desde los servicios sanitarios nuevas alternativas para cuidar a los cuidadores desde un enfoque de “cliente” (recurso+paciente), es un Área de Desarrollo Estratégico. Estas actuaciones desarrollan dentro del Plan de Salud (2001-2004), la Estrategia Generadora de Salud en la Comunidad en su Proyecto 5 A “Familias generadoras de salud”.

**Estrategia corporativa**

*Considerar al cuidador como nuestro nuevo cliente y como objeto de análisis e intervenciones específicas.*

**Objetivo N° 26**

*Elaborar y poner en marcha un Plan de Atención integral a la Salud del Cuidador*

**Acciones para el logro del objetivo**

- Potenciar la identificación por parte de los profesionales de la condición de cuidador como factor de riesgo, tanto en consulta como en domicilio.*
- Elaborar y validar instrumentos de valoración específicos.*
- Elaborar y aplicar una línea de atención integral a la salud del cuidador, como desarrollo de su consideración de paciente secundario.*

**Objetivo N° 27**

*Elaborar y poner en marcha un Plan de Capacitación del Cuidador*

**Acciones para el logro del objetivo**

- Elaborar y aplicar un programa de capacitación adaptado a los diferentes perfiles de cuidadores y que aborde estrategias para saber cuidar y para saber cuidarse.*
  - *Identificar/elaborar el material docente adecuado a las diferentes tipologías de cuidadores.*
  - *Organizar talleres para cuidadores como desarrollo del programa*
- Potenciar la formación de los profesionales para que incorporen en su práctica domiciliaria estrategias de capacitación y apoyo al cuidador.*

**Objetivo N° 28**

*Elaborar y poner en marcha un Plan de Apoyo al Cuidador*

**Acciones para el logro del objetivo**

- Impulsar propuestas desde Sanidad para el desarrollo de servicios de apoyo en el sector social a nivel de prestaciones sociales básicas:*
  - *Los servicios de ayuda domiciliaria (SAD), teleasistencia, eliminación barreras arquitectónicas,...*

- ❑ *Impulsar propuestas desde Sanidad para el desarrollo de servicios de apoyo en el sector social a nivel de especializadas para “respiro” familiar:*
  - Los servicios de “respiro” para cuidadores: estancias temporales de pacientes en Residencias (alternativa que ya está recogida y normalizada en los supuestos contemplados por la legislación vigente), Centros de Día,...
- ❑ *Realizar una experiencia de hospitalización de pacientes domiciliarios para descanso familiar en un Hospital de la CV en periodo estival.*

## 5.2.- LA COMUNIDAD, NUESTRA NUEVA ALIADA

### Planteamiento

La Comunidad, entendida de forma operativa, está dispuesta a contribuir al apoyo de sus miembros más desprotegidos. Existe un auge evidente la solidaridad, y muchos individuos, grupos e instituciones de la comunidad tienen voluntad y disponibilidad para aportar su tiempo, su conocimiento, su esfuerzo y/o simplemente, financiación.

Ahora bien, en el Sistema Sanitario no hemos dedicado suficiente tiempo ni energía a dar cauces operativos a esta voluntad y disponibilidad solidaria de la Comunidad. Hay que desarrollar estrategias de movilización y colaboración con el **Voluntariado** tanto local como “formal” (Cruz Roja, Cáritas, ONGs, Unión Democrática de Pensionistas, Asociaciones de Amas de Casa,...) y con **Grupos de Ayuda Mutua** tanto locales como “formales” (Asociaciones de Familiares de enfermos de Parkinson, Alzheimer, Asociación Española Contra el Cáncer –AECC–, CARENA, ...). Su contribución puede ser muy importante y necesaria para el desarrollo y permanencia de la AD, realizando actividades de apoyo a pacientes y a cuidadores de forma conjunta y sinérgica con los equipos sanitarios y sociales.

Estas actuaciones desarrollan dentro del Plan de Salud de la CV (2001-2004):

- ✓ La Estrategia Generadora de Salud en la Comunidad en su Proyecto 5 B “Proyecto de colaboración para la salud”.
- ✓ El Objetivo 68 “Promover y apoyar las asociaciones y los grupos de autoayuda”.

Estas actuaciones desarrollan dentro del Plan de Humanización:

- ✓ La línea de Acción 6 “Voluntariado”: Actividad 1 “Favorecer la colaboración de asociaciones de voluntarios en determinados servicios de la CV”.
- ✓ La línea de Acción 5 “Actividades específicas”: Actividad 3 “Fomentar la relación y la colaboración con las asociaciones de enfermos de la CV”.

### **Estrategia corporativa**

*Potenciar las alianzas con grupos y organizaciones comunitarias.*

#### **5.2.1.- VOLUNTARIADO**

##### **Objetivo N° 29**

*Potenciar la colaboración con el Voluntariado en AD*

##### **Acciones para el logro del objetivo**

- ❑ *Identificar y movilizar por parte de los agentes domiciliarios al voluntariado local y a las asociaciones formales de voluntariado (ONGs) tales como Caritas, Cruz Roja,...*
- ❑ *Explorar y formalizar en su caso, acuerdos de colaboración con asociaciones de voluntariado (ONGs).*

#### **5.2.2.- GRUPOS DE AYUDA MUTUA**

##### **Objetivo N° 30**

*Potenciar la colaboración con Grupos de Ayuda Mutua (GAM) en AD*

##### **Acciones para el logro del objetivo**

- ❑ *Identificar y movilizar desde los agentes domiciliarios a los Grupos de Ayuda Mutua (GAM) a nivel local y de asociaciones formales: Parkinson, Alzheimer, Asociación Española Contra el Cáncer, CARENA, ADELA...*
- ❑ *Explorar y formalizar en su caso, acuerdos de colaboración con GAMs.*
- ❑ *Impulsar la creación de GAMs constituidos por antiguos cuidadores.*

### 5.2.3.- ORGANIZACIONES E INSTITUCIONES COMUNITARIAS

Por otra parte es necesario establecer *Alianzas con Organizaciones e Instituciones Comunitarias* que nos ayuden en el desarrollo de proyectos de investigación (individuales o conjuntos), en la formación, en la mejora de nuestros procesos asistenciales y en cualquier aspecto que pueda aportar innovación y desarrollo a la AD. Universidades, Sociedades Científicas, Fundaciones Públicas, Centros Científicos, Empresas Privadas o sus Fundaciones, Colegios Profesionales, ONGs,... podrían aparecer entre nuestros aliados.

Estas actuaciones desarrollan además dentro del Plan de Salud (2001-2004), las Herramientas para su desarrollo: “4. Alianzas para la salud”

#### Objetivo N° 31

**Potenciar la colaboración formal en AD con Organizaciones e Instituciones Comunitarias**

##### Acciones para el logro del objetivo

- ❑ *Explorar y formalizar en su caso, la colaboración con proyectos de organismos de la Generalitat Valenciana: EVES; Conselleria de Presidencia (Area de Modernización, Gestión de Calidad e Inspección de Servicios); Conselleria de Infraestructuras y Transporte (DG Telecomunicaciones e Investigación); etc.*
- ❑ *Explorar y formalizar en su caso, convenios de colaboración con Instituciones Públicas: Universidad,...*
- ❑ *Establecer y formalizar en su caso, acuerdos de colaboración con Instituciones Privadas: Fundaciones de empresas,...*
- ❑ *Establecer y formalizar en su caso, acuerdos de colaboración con Sociedades Científico-Profesionales: SVMFiC, SVHAD, Colegios Profesionales,...*

### 5.3.- LA ENFERMERA, NUESTRA NUEVA PROTAGONISTA

#### Planteamiento

La enfermera es el profesional que más carga asistencial asume en AD y, de una forma natural, es el profesional protagonista de la AD. Esta situación es especialmente manifiesta en APS. En las

UHDs, la condición más aguda e inestable de los pacientes hace que la presencia del médico sea más evidente.

A pesar de ello, existe una percepción general en atención primaria de que hay una sobreutilización de los servicios médicos y una infrautilización de los servicios de enfermería, cuestionándose además su espacio y eficiencia en múltiples foros. Si en los últimos tiempos hemos asistido a un auge de la Consulta de Enfermería en los Centros de Salud, las tendencias del entorno ya mencionadas nos hacen prever un futuro en el que la Visita Domiciliaria adquirirá una relevancia similar a la de las Consultas, y la Intervención Comunitaria se abrirá paso con fuerza entre las actividades cotidianas, lo que globalmente contribuirá a incrementar el uso de los servicios enfermeros y el reconocimiento de su papel, tanto por parte de la población como del resto de profesionales de los equipos.

Parece claro que la Enfermería debe convertirse en la nueva protagonista de la AD en APS. Así parece desprenderse de las opiniones vertidas tanto por los expertos consultados como en los grupos nominales realizados y en las visitas realizadas a proyectos relevantes. En los grupos nominales, tanto los médicos como las propias enfermeras estaban de acuerdo: la Enfermería debe adquirir protagonismo en la AD. Las enfermeras consultadas vienen mostrando una actitud muy positiva y expectante ante cualquier propuesta de la Conselleria. Creemos que, aunque se trata de opiniones de unas enfermeras “seleccionadas” y por lo tanto muy entusiasmadas, la AD puede ser un elemento motivador para el resto de las enfermeras de nuestros Centros.

Por lo tanto, hay que explorar junto con directivos y profesionales, vías para conseguir que las enfermeras sean protagonistas en AD.

### **Estrategia corporativa**

*Potenciar el desarrollo profesional y el protagonismo de la Enfermería en AD*



## Objetivo N° 32

### *Impulsar el desarrollo profesional de Enfermería*

#### **Acciones para el logro del objetivo**

- *Normalización de la metodología de cuidados de enfermería:*
  - ◆ Desarrollo de la metodología de cuidados y taxonomías y su adaptación a la AD:
    - Elaboración de formatos de valoración de enfermería en AD estructurados según los Patrones Funcionales de M. Gordon.
    - Incorporación de la Taxonomía de Diagnósticos de Enfermería de la NANDA
    - Incorporación de la Taxonomía de Intervenciones NIC
    - Incorporación de la Taxonomía de Resultados NOC
  - ◆ Implantación y evaluación de la metodología de cuidados normalizada en AD.
  - ◆ Elaboración e instauración de planes de cuidados estandarizados.
  - ◆ Informatización del Proceso de Atención de Enfermería en AD.
  - ◆ Formación específica.

## Objetivo N° 33

### *Potenciar el protagonismo de la enfermera en AD y asignar a la enfermería de Atención Primaria la responsabilidad del desarrollo del PAD.*

#### **Acciones para el logro del objetivo**

- *Potenciación del papel de la enfermera en AD*
  - ◆ Rediseño del perfil profesional de la Enfermería en cada Agente: explicitar más el papel de la enfermería en el ámbito de la AD, es decir, misión, funciones, actividades, tareas así como los mecanismos de derivación y coordinación dentro de cada agente.
  - ◆ Reconocimiento de su papel por parte de la Conselleria, recibiendo un trato diferenciando de su actividad en cartera de servicios, contratos de gestión, sistemas de información, encuestas de satisfacción, etc.
  - ◆ Fomentar en los beneficiarios la identificación de la enfermería como parte activa del servicio de AD, y dar a conocer su cartera de servicios, junto a la del resto de profesionales implicados en la AD.

- ◆ Aumentar la capacidad resolutiva de enfermería en el ámbito domiciliario.
- *Asignación a Enfermería de Atención Primaria (Directoras de Área, Coordinadoras de CS, Responsables de AD –en su caso- y Enfermeras de EAP) de la responsabilidad específica del desarrollo del PAD.*
  - ◆ Toda la línea de enfermería tendrá la responsabilidad específica del desarrollo del PAD en Atención Primaria, cada una en función de su nivel.
  - ◆ Definir la misión, funciones, actividades y tareas que delimitan la responsabilidad en la AD de cada nivel de la línea de enfermería de APS.
  - ◆ Estudiar y delimitar la validez normativa de los diferentes informes de enfermería en el ámbito de la AD.
  - ◆ Aumentar la accesibilidad directa de los beneficiarios a la oferta de servicios domiciliarios de enfermería, facilitando la identificación enfermera-beneficiario (posible inclusión del nombre de la enfermera en la Tarjeta de Asistencia Sanitaria del usuario), personalizando la relación y estabilizándola en el tiempo de forma que se favorezca la gestión individualizada de cada caso.
  - ◆ Estudiar diferentes modelos organizativos de enfermería que mejoren las prestaciones del PAD: desarrollo de la UME; enfermería de Enlace; equipos específicos de AD;...
  - ◆ Independientemente del modelo organizativo que se adopte, en la práctica asistencial la enfermera de EAP será el profesional referente y responsable para cada paciente y su cuidador en todos los aspectos organizativos relativos al PAD, en la coordinación interna y externa y, obviamente, en los de su propia disciplina.

### Objetivo N° 34

#### *Incorporar a la Auxiliar de Enfermería a la AD*

#### Planteamiento

Una mención especial requiere la figura de la *Auxiliar de Enfermería (AuxE)*. La impresión de este colectivo es que la formación recibida no se corresponde con las actividades y tareas que realizan actualmente, especialmente en los Centros de Salud. Por otra

parte, la penuria de efectivos a la que la red sanitaria pública tiene que hacer frente, confrontada con el crecimiento exponencial de las necesidades domiciliarias, constituye un elemento de contexto importante para reconsiderar el papel de la AuxE actual y su posible incorporación a la AD. Finalmente, con la progresiva implantación de la HCE (proyecto ABUCASIS II), las actividades “consumidoras de tiempo profesional” relacionadas con tareas administrativas se verán ampliamente reducidas, y es “esperable” asistir a un aumento de disponibilidad de las AuxE para otras actividades. Entre estas tareas administrativas podemos mencionar aquellas relacionadas con:

- la gestión de pacientes (citar, recibir, actualizar ficheros de pacientes,...),
- la gestión de Historias Clínicas (ordenar y registrar),
- la información a usuarios sobre normas internas del Centro,
- la gestión de pruebas diagnósticas (Información sobre pautas para la realización de pruebas diagnósticas, Recepción y distribución de resultados de pruebas analíticas);
- la gestión de mantenimiento y del material (peticiones de material, peticiones de trabajos de mantenimiento,...)
- la tramitación de documentos (Cartillas de Largo Tratamiento, Incapacidad Laboral)
- Otras

Estos factores (formación, contexto y ABUCASIS II) determinan que “explorar” el papel de la AuxE en AD sea un tema importante: la AD puede abrir un campo de acción para las AuxE, desarrollando actividades y tareas que podrían realizar bajo la indicación y supervisión de Enfermería y siempre desde la óptica de la complementariedad y la colaboración intradisciplinar.

### **Acciones para el logro del objetivo**

- *Explorar la viabilidad y, en su caso, pilotar la incorporación de la Auxiliar de Enfermería a la AD*
  - ◆ Analizar las funciones, actividades y tareas “realizables” en AD por la AuxE a la luz de la normativa actual, de su formación, de su motivación y de sus perspectivas de futuro.
  - ◆ Explorar la viabilidad y, en su caso, realizar una experiencia de incorporación de la AuxE en la AD.

## 5.4.- LA TRABAJORA SOCIAL, NUESTRO PROFESIONAL REFORZADO

### Planteamiento

La función de Trabajo Social es poco considerada en el Sector Sanitario. Por añadidura, la disponibilidad de recursos sociales reside en el Sector Social y la consecuencia que esto tiene para los Trabajadores Sociales Sanitarios (TSS), es que tienen amplio espacio en valoración (detección de problemas), asesoría, apoyo psicosocial y tramitación, pero una capacidad de acceso a recursos sociales y de resolución de problemas limitada.

De los grupos nominales se desprende que los TSS perciben dificultades en varios ámbitos de su acción:

- Dentro de la propia disciplina.
- Dentro de los agentes sanitarios.
- Entre niveles sanitarios especializado y primario.
- Entre sectores sanitario y social.

Dentro de la propia disciplina, existen carencias de normalización de metodología de trabajo (homogeneización de instrumentos de valoración, informes sociales, protocolos de intervención, formatos de derivación, ...).

Dentro de los equipos sanitarios, de los grupos nominales se desprende que los TSS tienen una percepción de falta de conocimiento y de interés de su figura profesional por parte del resto de los miembros, una insatisfacción con el contenido de su trabajo (p.e.: últimamente en los EAP, tramitar la tarjeta sanitaria a emigrantes) y una sensación de ser ignorados por la Conselleria. Reclaman pues, una clarificación de sus funciones, actividades, responsabilidades, ser tenidos en cuenta por la Conselleria en sus proyectos y disponer de una organización de los agentes en la que estén claros tanto los papeles de cada disciplina como los criterios de derivación internos entre profesionales.

En cuanto a la coordinación entre niveles primario-especializado, es prácticamente inexistente.

En cuanto a su relación con los Servicios Sociales y Municipales, manifiestan la necesidad de establecer protocolos institucionales de coordinación sociosanitaria, que les permita trabajar con eficacia al margen de la buena relación personal con profesionales del otro sector y disponer de instrumentos consensuados y soportes documentales unificados de derivación mutua.

En cuanto al aspecto concreto del rol profesional del TSS en AD, consideramos que requiere una clarificación de funciones, actividades, tareas y responsabilidades así como una normalización de la metodología de trabajo, antes mencionada.

Independiente de las dificultades anteriormente mencionadas, un factor importante a reseñar de nuevo es que la disponibilidad de recursos sociales y municipales (Servicios de Ayuda Domiciliaria, Teleasistencia, Cuidados de Respiro,...) es ampliamente insuficiente. Si el pilar social no crece, difícilmente encontraremos soluciones para nuestros pacientes y sus cuidadores.

### **Estrategia corporativa**

*Potenciar el desarrollo profesional de la Trabajadora Social y reforzar su papel en AD*

#### **Objetivo N° 35**

*Impulsar el desarrollo profesional de la Trabajadora Social en AD*

##### **Acciones para el logro del objetivo**

- *Normalización de la metodología de trabajo social*
  - ◆ Diseño, implantación y evaluación de la metodología normalizada en AD.

#### **Objetivo N° 36**

*Reforzar el papel de la Trabajadora Social en AD*

##### **Acciones para el logro del objetivo**

- *Reforzar el papel de la TSS en AD*
  - ◆ Rediseño del perfil profesional:  
Explicitar más el papel de la TSS, es decir, su misión, funciones, actividades, tareas así como los mecanismos de derivación y coordinación dentro de los equipos sanitarios.
  - ◆ Responsabilizaciones claras en sus áreas disciplinarias:
    1. Valoración e intervención social directa sobre paciente, cuidador, familia y comunidad.
    2. Movilización y gestión del voluntariado/grupos de ayuda mutua.
    3. Coordinación sociosanitaria.
    4. Gestión del acceso a las prestaciones y recursos sociales.
  - ◆ Reforzar su papel en los equipos interdisciplinarios de cada agente.

- ◆ Reconocimiento de su papel por parte de la Conselleria, recibiendo un trato diferenciando de su actividad en cartera de servicios, contratos de gestión, sistemas de información, encuestas de satisfacción, etc

**LÍNEA ESTRATÉGICA n° 6**  
**MEJORAR EL LIDERAZGO Y LOS**  
**INSTRUMENTOS DE GESTIÓN EN AD**

## **Planteamiento**

Para la consecución de mejoras reales en AD se necesita que toda persona de la línea directiva (Conselleria, Direcciones, Coordinadores-Supervisores de Agente), asuma el liderazgo en las iniciativas con profesionalidad y estilo motivador.

Quizás sea éste el elemento estratégico más importante. El liderazgo es más un estilo que un cargo jerárquico. Los “jefes” tienen que pasar a ser “líderes”, y en lugar de centrar su acción en el ejercicio del mando y el control, deben pasar a ser los responsables de crear un entorno de confianza y honradez, a ser dinamizadores de proyectos, motivadores, a fijar los ámbitos de las mejoras, a consensuar y negociar objetivos, a ser constantes en dichos objetivos, a saber delegar poder manteniendo la responsabilidad y a facilitar a los profesionales la formación, la información y los recursos necesarios para que puedan mejorar su práctica y la satisfacción de las necesidades y expectativas de nuestros beneficiarios. Además tienen que mostrar su implicación personal y su compromiso con acciones visibles, coherentes y continuadas tanto con la consecución de los objetivos pactados como con el seguimiento de los avances.

Por otra parte, es necesario hacer emerger líderes profesionales que se comprometan con el desarrollo de la AD y garanticen su sostenibilidad en el tiempo.

Finalmente es necesario mejorar ciertos instrumentos de gestión que hagan explícitos los acuerdos, objetivos e incentivos; que faciliten la información necesaria para la toma de decisiones y su seguimiento y ajuste; y que mejoren la comunicación entre Conselleria, Equipos Directivos y Profesionales.

El apoyo a esta Línea Estratégica se concreta en las Areas de Desarrollo Estratégico de:

## 6.1.- LIDERAZGO

### **Estrategia corporativa**

*Mejorar el liderazgo en AD, potenciando la función impulsora de los equipos directivos y la emergencia de líderes profesionales.*

### **Objetivo N° 37**

*Mejorar el liderazgo en AD*

#### **Acciones para el logro del objetivo**

- Promover la implicación expresa de la línea directiva como promotora e impulsora de los cambios y fomentar un estilo de liderazgo motivador y profesionalizado.*
- Potenciar las Direcciones de Enfermería, especialmente de Atención Primaria, como líderes en el desarrollo de la AD.*
- Rediseño de la función de los Mandos Intermedios de la AD (Coordinadores- Supervisores de Agente) e impulsar su liderazgo.*
- Creación y puesta en funcionamiento de la Red de Responsables de AD en los agentes implicados.*

## 6.2.- INSTRUMENTOS DE GESTIÓN

### **Estrategia corporativa**

*Mejorar los instrumentos de gestión en el ámbito de la AD de forma que se facilite su desarrollo y se garantice la integración funcional.*

### 6.2.1.- PLANES, CONTRATOS Y ACUERDOS ANUALES

#### **Objetivo N° 38**

*Desarrollar instrumentos de planificación y gestión específicos para la AD*

#### **Acciones para el logro del objetivo**

- Crear el Plan Operativo anual de AD por Area de Salud.*  
El PMAD debe ser revisado anualmente tanto en la fase de evaluación de las mejoras en centros piloto, como en la fase de despliegue posterior.



Para ello, cada año un Plan Operativo a nivel Central y a nivel de Area habrá de concretar y adquirir compromisos, entre otros, sobre:

- ✓ Qué mejoras se elaborarán.
- ✓ Qué proyectos se pilotarán.
- ✓ Qué mejoras ya validadas y en qué Centros se desplegarán.
- ✓ Qué recursos serán necesarios.

❑ *Desarrollar la AD en los Contratos Anuales de Gestión (Contratos de Gestión, Contratos Programa,...) con los Equipos Directivos de los agentes domiciliarios.*

❑ *Desarrollar la AD en los Acuerdos de Objetivos de los Equipos Directivos con cada agente domiciliario.*

## 6.2.2.- SISTEMAS DE INFORMACIÓN

### Objetivo N° 39

*Desarrollar y potenciar los Sistemas de Información específicos para la AD.*

#### Planteamiento

La situación en cuanto a los SI del ámbito de la AD puede resumirse en:

#### a) *SI del Plan de Mejora de la AD:*

No se han desarrollado indicadores de seguimiento del PMAD.

#### b) *SI de los agentes domiciliarios, en los ámbitos de:*

##### ▪ *Actividad domiciliaria:*

1. HAD: SI Actividad Asistencial + SI específico telefónico.
2. PAD: SI ausente.
3. UBRhb: SI ausente.
4. USM: SI específico del Servicio de Salud Mental (Dirección General de Dependencia): poco desarrollado y no detalla la actividad domiciliaria.
5. SUEE: SI específico del Servicio de Atención Sanitaria Urgente y Emergencias: sólo detalla actividades sobre pacientes en HAD.

- *Costes:*  
Sistema de Información Económico (SIE): no se ha desarrollado en el ámbito de la AD.
- *Satisfacción:*  
SI de Sugerencias, Quejas y Reclamaciones (SQR): no detalla por PAD.  
En las encuestas generales de satisfacción de usuarios, no se pregunta por aspectos relativos a la AD.

Existe escaso y heterogéneo desarrollo teórico: unificación terminológica, desarrollo de indicadores y cuadros de mando, conjuntos mínimos de datos, sistemas de clasificación de pacientes,...

Existen diferentes niveles de desarrollo y de mecanización de los SI de cada uno de los 5 agentes domiciliarios, pero globalmente la información es escasa, poco fiable y no integrada.

#### **Acciones para el logro del objetivo**

- Diseñar y mecanizar sistema de indicadores para seguimiento del PMAD*
- Revisar, rediseñar en su caso, y mejorar la mecanización los SI actuales de cada uno de los 5 agentes domiciliarios.*
- Desarrollar y mecanizar el sistema de información económica (SIE) para la AD, definiendo catálogos de actividades por agente domiciliario y estableciendo los mecanismos que permitan conocer sus costes.*
- Incorporar la AD al S. de Información de Sugerencias, Quejas y Reclamaciones (SQR) y a los estudios de satisfacción, con objeto de asegurar que dichos sistemas permiten conocer las variables relevantes de satisfacción expresadas por los pacientes y/o cuidadores en el ámbito de la AD.*
- Integrar la información procedente de los SIS de Actividad, Económico y SQR.*

### **6.2.3.- SISTEMAS DE COMUNICACIÓN**

#### **Objetivo N° 40**

*Mejorar los Sistemas de Comunicación en AD, potenciando especialmente la comunicación interna*

## Planteamiento

En la fase de análisis se han detectado déficit de comunicación tanto a nivel interno como externo, al margen de la nueva información derivada del PMAD.

Los profesionales de APS no conocen *suficientemente* los recursos sanitarios y sociales a su disposición, ni la existencia o funcionamiento de las UHD, ni los circuitos de derivación. Por otra parte, no conocen suficientemente el proceso de elaboración de los contratos de gestión, ni les llega su contenido. Tampoco los Hospitales y sus profesionales tienen mucha información sobre los servicios domiciliarios a su disposición.

En cuanto al PMAD, su implementación implicará transformaciones en la organización. Es natural que aparezcan resistencias que lógicamente vendrán de colectivos o individuos que no logran “imaginar” los posibles beneficios del planteamiento o porque precisamente “imaginan” enormes cargas de trabajo adicionales o simplemente porque se sienten excluidos del proceso.

La estrategia de comunicación debe informar a los diferentes públicos, tanto internos como externos, sobre las orientaciones (¿hacia dónde vamos?), objetivos, acciones y decisiones del PMAD. Por lo tanto, es necesario diseñar y aplicar todo un conjunto de acciones comunicativas enfocadas a dicho objetivo.

### *A nivel interno:*

La comunicación es un elemento clave del desarrollo del PMAD: necesitamos asegurar que gestores y profesionales conocen y comprenden la estrategia definida para la mejora de la AD, reciben información sistemática y periódica de las acciones previstas y de indicadores de seguimiento, y tienen posibilidad de discusión.

Ningún miembro de estos colectivos puede aducir que “desconocía” el proyecto. Solo así, con transparencia y demostrando los resultados que vamos obteniendo paso a paso aportaremos la credibilidad necesaria para un apoyo continuo al proyecto.

Por lo tanto, en una primera fase, el esfuerzo de comunicación debe orientarse internamente y centrarse en directivos y profesionales de los centros y unidades piloto.

### *A nivel externo:*

En la primera fase de elaboración y pilotaje del PMAD, ciertos colectivos externos como sociedades profesionales y grupos

comunitarios deben conocer la existencia del proyecto como estrategia para lograr su apoyo.

Globalmente, los beneficiarios no conocen suficientemente los servicios de AD a su disposición, por lo que en la fase de despliegue, el mayor esfuerzo debe ser de comunicación externa: pacientes y cuidadores, grupos de interés (asociaciones de enfermos, asociaciones profesionales, instituciones,...), medios de comunicación,... con el objetivo de informar y de obtener el apoyo de estos colectivos.

### **Comunicación Interna**

#### **Acciones para el logro del objetivo**

- ❑ *Desarrollar y aplicar una estrategia de comunicación dirigida a directivos y profesionales que asegure la comprensión de la estrategia definida en el PMAD, las acciones realizadas y la secuencia de actividades prevista.*
- ❑ *Poner a disposición de gestores y profesionales afectados por el PMAD cuadros de indicadores que faciliten el seguimiento de los avances en su implementación.*

### **Comunicación Externa**

#### **Acciones para el logro del objetivo**

- ❑ *Dar a conocer el PMAD y sus avances a grupos de interés (Sociedades Científico-Profesionales, Asociaciones de Enfermos; ...) con objeto de objetivo de informar y obtener su apoyo.*
- ❑ *Desarrollar la imagen o identidad corporativa del servicio de AD: incorporando material gráfico, logo, tarjetas identificativas de los profesionales, maletas o bolsas homologadas y cualquier medida o estrategia adecuada para la identificación del proyecto y proyección de la imagen del mismo.*
- ❑ *Dar a conocer los servicios domiciliarios a la población.*

## G.- PARTICIPANTES EN GRUPOS DE TRABAJO

En el listado que se presenta a continuación sólo constan aquellos profesionales que hasta el momento han participado directamente en algún grupo de trabajo.

Esta lista, por lo tanto, no es exhaustiva: buena parte de los profesionales de los centros piloto han participado en reuniones y han dedicado parte de su tiempo y su esfuerzo a poner en marcha este proyecto. Nuestro agradecimiento a todos ellos.

### PARTICIPANTES EN GRUPOS DE TRABAJO

NOMBRE	APELLIDO	PROFESIÓN	CENTRO TRABAJO
Eduardo	Aguilar	Psiquiatra	Hospital Sagunto (Valencia)
Adela	Alonso	Enfermera Coordinadora	CS Florida (Alicante)
M <sup>ª</sup> José	Álvarez	Trabajadora Social	Hospital Clínico (Valencia)
Juan	Avellana	Geriatra	Hospital La Ribera (Valencia)
Amparo	Bahamontes	Enfermera	Unidad Calidad Hospital La Fe (Valencia)
M <sup>ª</sup> Victoria	Ballesteros	Enfermera	UHD General (Alicante)
Teresa	Bartoll	Trabajadora Social	CS Florida (Alicante)
Asunción	Bayo	Médica	CA Bilbao (Valencia)
Javier	Blanquer	Médico	Unidad Calidad y Formación (Alicante)
Laura	Bordes	Médica	CS Trafalgar (Valencia)
Cintia	Borja	Enfermera Coordinadora	CS Trafalgar (Valencia)
Victoriano	Borreguero	Médico	CS Hospital – Pla (Alicante)
Concha	Calaforra	Enfermera	CA Tendetes (Valencia)
José Vicente	Cardona	Enfermero	CS Pobla de Vallbona (Valencia)
Emelia	Carrasco	Psicóloga	Sv. Asistencia Sociosanitaria Conselleria
M <sup>ª</sup> Ángeles	Celada	Trabajadora Social	CS Picassent (Valencia)
M <sup>ª</sup> Ángeles	Cervera	Enfermera	UHD La Fe (Valencia)
Amparo	Coscollá	Enfermera	CS Nazaret (Valencia)
Elena	Costa	Enfermera	CS Trinitat (Valencia)
M <sup>ª</sup> José	Dasí	Enfermera	Escuela Enfermería La Fe (Valencia)
Victoria	De Zárate	Médica	CS San Blas (Alicante)
Margarita	Ducaju	Médica	CA Tendetes (Valencia)
Silvia	Forcano	Médica	UHD Clínico (Valencia)
Juan	Gallud	Médico Coordinador	IMAD Conselleria
Fermín	García	Médico	Residencia Asistida “BALLE SOL”
Vicente	Gimeno	Médico	UHD Clínico (Valencia)
Amparo	Gisbert	Médica	UCP Hospital Malvarrosa (Valencia)

<b>Rodolfo</b>	<b>Gómez</b>	Médico Coordinador	UHD General (Alicante)
<b>Amparo</b>	<b>Grau</b>	Trabajadora Social	CS E. Gay – Tendetes (Valencia)
<b>M<sup>a</sup> Luz</b>	<b>Guillem</b>	Trabajadora Social	CS San Blas (Valencia)
<b>Adolf</b>	<b>Guirao</b>	Enfermero Coordinador	IMAD Conselleria
<b>Sofía</b>	<b>Gutierrez</b>	Enfermera Coordinadora	CS San Blas (Alicante)
<b>Isabel</b>	<b>Hermoso</b>	Enfermera	UHD La Fe (Valencia)
<b>Pilar</b>	<b>Hernández</b>	Trabajadora Social	CS Nazaret (Valencia)
<b>José Manuel</b>	<b>Iranzo</b>	Médico Coordinador	UHD General (Valencia)
<b>Nieves</b>	<b>Lambás</b>	Enfermera	CS Trafalgar (Valencia)
<b>M<sup>a</sup> Luisa</b>	<b>Llopis</b>	Enfermera	CS San Blas (Valencia)
<b>M<sup>a</sup> José</b>	<b>Lloria</b>	Enfermera Coordinadora	CS E. Gay – Tendetes (Valencia)
<b>M<sup>a</sup> Teresa</b>	<b>Martí</b>	Enfermera	CS Florida (Alicante)
<b>Francisco</b>	<b>Mas-Magro</b>	Médico	CS San Blas (Alicante)
<b>Rosana</b>	<b>Mayor</b>	Enfermera	UHD Arnau (Valencia)
<b>Fernando</b>	<b>Megías</b>	Psiquiatra	Unidad Salud Mental Sagunto (Valencia)
<b>Antonio</b>	<b>Muñoz</b>	Médico	UHD General (Alicante)
<b>Mercedes</b>	<b>Muñoz</b>	Trabajadora Social	Sv. Asistencia Sociosanitaria Conselleria
<b>Amparo</b>	<b>Navarro</b>	Médica	CS Florida (Alicante)
<b>Eva</b>	<b>Ortiz</b>	Trabajadora Social	UHD La Fe (Valencia)
<b>Lorenzo</b>	<b>Pascual</b>	Médico	CS Manises (Valencia)
<b>Carlos</b>	<b>Pérez</b>	Médico Coordinador	UHD Clínico (Valencia)
<b>Mercedes</b>	<b>Pérez</b>	Enfermera Coordinadora	CS Nazaret (Valencia)
<b>M<sup>a</sup> Ángeles</b>	<b>Perpiñá</b>	Enfermera	UHD Clínico (Valencia)
<b>América</b>	<b>Pujades</b>	Médica	CS E. Gay (Valencia)
<b>Vicente</b>	<b>Ramos</b>	Enfermero	UHD General (Alicante)
<b>Carlos</b>	<b>Rodrigo</b>	Médico Coordinador	CS E. Gay – Tendetes (Valencia)
<b>Gela</b>	<b>Rodríguez</b>	Enfermera Supervisora	UHD Clínico (Valencia)
<b>Amparo</b>	<b>Roig</b>	Enfermera	CS E. Gay (Valencia)
<b>M<sup>a</sup> José</b>	<b>Román</b>	Enfermera Supervisora	UHD La Fe (Valencia)
<b>M<sup>a</sup> Dolores</b>	<b>Rosales</b>	Médica	UHD La Fe (Valencia)
<b>Antonio</b>	<b>Ruiz</b>	Enfermero Coordinador	IMAD Conselleria
<b>M<sup>a</sup> Luisa</b>	<b>Ruiz</b>	Enfermera	CS San Blas (Valencia)
<b>Josefa</b>	<b>Saez</b>	Trabajadora Social	CS Florida (Alicante)
<b>Elena</b>	<b>Sánchez</b>	Médica Coordinadora	CS Trafalgar (Valencia)
<b>Gemma</b>	<b>Sánchez</b>	Trabajadora Social	UHD General (Alicante)
<b>Ramón</b>	<b>Sánchez</b>	Enfermero	CS Trafalgar (Valencia)
<b>José</b>	<b>Sanfélix</b>	Médico	CS Nazaret (Valencia)
<b>Mati</b>	<b>Saurí</b>	Enfermera	UHD Clínico (Valencia)
<b>Manuel</b>	<b>Simón</b>	Médico Coordinador	CS Florida (Alicante)
<b>Pepa</b>	<b>Soler</b>	Enfermera	CS Lliria (Valencia)

<b>Carmen</b>	<b>Soriano</b>	Enfermera Supervisora	UHD General (Alicante)
<b>Elisa</b>	<b>Soriano</b>	Médica Coordinadora	UHD La Fe (Valencia)
<b>Victor</b>	<b>Suberviola</b>	Médico Coordinador	CS Nazaret (Valencia)
<b>M<sup>a</sup> José</b>	<b>Troncoso</b>	Enfermera	CA Tendetes (Valencia)
<b>Bernardo</b>	<b>Valdivieso</b>	Médico Director	Unidad Calidad Hospital La Fe (Valencia)
<b>Frederic</b>	<b>Villagrasa</b>	Médico Coordinador	CS San Blas (Alicante)
<b>Carmina</b>	<b>Wanden</b>	Médica	UHD Alcoi (Alicante)
<b>Eduardo</b>	<b>Zafra</b>	Médico Jefe de Servicio	Sv. Asistencia Sociosanitaria Conselleria

