

INFORME DE FAECAP SOBRE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA EN ESPAÑA: EL LIDERAZGO DE ENFERMERIA COMUNITARIA



Noviembre 2015

AUTORES:

Carmen Ferrer Arnedo

Francisco Cegri Lombardo

Noviembre 2015

Grupo de Trabajo de Atención Domiciliaria de FAECAP:

Carmen Ferrer Arnedo. Dirección de Proyecto	Coordinadora Científica de la Estrategia de la Cronicidad
Francisco Cegri Lombardo. Vicepresidente FAECAP Coordinación del Proyecto	AIFICC
Carmen Solano Villarrubia	SEMAP
Esther Nieto García	SEMAP
Yolanda Muñoz Alonso	ABIC
M José Peña Gascón	AECA
Rosa M López Pisa	AIFICC
Iván Marcos González	SEAPA
Gema Rodríguez Álvarez	AGEFEC
M. del Carmen Gonzalez Quintana	ACALEFYC
Soledad Gómez-Escalonilla Lorenzo	ACAMEC
Francisco Peregrina Palomares	ASANEC

INDICE

- Introducción y justificación..... pág. 4
- Marco conceptualpág. 9
- La atención domiciliaria en nuestro país: evolución en España.....pág. 11
- La atención domiciliaria en Europa..... pág. 12
- Encuesta de atención domiciliaria de FAECAP. Resultados: análisis de situación.....pág. 13
- I Jornada de atención domiciliaria en la Atención Primaria a Debate: la visión de las personas, los cuidadores y lo gestores. Conclusiones.....pág. 20
- Anexo 1. Encuesta sobre la situación de la Atención domiciliaria en España: prestaciones sanitarias y de apoyo social.....pág.26
- Anexo 2. Manifiesto de FAECAP por la calidad de los cuidados en el domicilio.....pág. 32
- Anexo 3. Díptico, programa de la I Jornada de atención domiciliaria en la Atención Primaria a Debate: la visión de las personas, los cuidadores y lo gestores.....pág. 35
- Anexo 4. Resumen fotográfico de la I Jornada de atención domiciliaria en la Atención Primaria a Debate: la visión de las personas, los cuidadores y lo gestores.....pág. 37
- Anexo 5. Impacto en medios audiovisuales de la I Jornada de atención domiciliaria en la Atención Primaria a Debate: la visión de las personas, los cuidadores y lo gestores. Enfermería TV..... pág. 40
- Bibliografía..... pág. 41

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN:

La Atención domiciliaria (ATDOM) no es una prestación de cartera de servicios, es una modalidad de aplicación de la actividad asistencial y viene determinada por ser el lugar de atención.

El domicilio se convierte en el escenario de prestación de asistencia y se utiliza para proporcionar una atención integral al usuario y al cuidador/familia en situación de fragilidad, por tratarse de su entorno próximo, donde la persona realiza su autocuidado y recibe el cuidado del otro. La utilización del domicilio como lugar de atención tiene el objetivo de proporcionar una asistencia sanitaria cuya intervención sirve de apoyo a la mejora calidad de vida, que se utiliza para intervenir en estrategias de control de la seguridad del paciente, adoptándose elementos de apoyo en la mejora del entorno. Este control ayuda en evitar o prevenir el incremento de dependencia de cuidados, el ingreso hospitalario o la institucionalización socio sanitario y frena la pérdida en la calidad de vida tanto de los pacientes como de sus familias.

La Atención Domiciliaria se ha convertido en una responsabilidad de las enfermeras comunitarias quienes han de liderar en el entorno de la microgestión, el desarrollo de actividades encaminadas a la mejora del cuidado de los pacientes más vulnerables, de sus familias, y apoyar mediante estrategias de educación y estrategias de entrenamiento en autocuidado para la mejora de la salud. Se concibe como una intervención interdisciplinar que coordinan las enfermeras porque ser el profesional cuyas competencias se alinean en este sentido.

Clásicamente la ATDOM en personas muy vulnerables, frágiles y dependiente ha estado liderada por personal de enfermería de los centros de salud, y anteriormente por los ATS de Zona de los consultorios, ya la realizaban dado que eran quienes aplicaban tratamientos, o realizaban recogidas de muestras a domicilio a las personas enfermas.

Desde la década de los años 90, cuando se reestructuraron los servicios de urgencias extra hospitalarios para crear el servicio 061, la atención domiciliaria en domingos y festivos quedó a cargo de personal de enfermería dependiente de Atención Primaria.

Los Servicios de Atención al Paciente Inmovilizado, las altas tempranas y la atención a domicilio a pacientes terminales, como servicios de cartera puso sobre la mesa que las enfermeras realizaban domicilios a demanda y programados y se declaraban como

actividad mensual del anexo II (registro centralizado de actividad de la Dirección General del INSALUD) .

También las matronas y las enfermeras comunitarias realizaban la visita domiciliaria a la puérpera y al recién nacido como decía la Norma Técnica de la Cartera de Servicios en el antiguo INSALUD.

En la Circular 5/90 del antiguo INSALUD (que regía los últimos territorios no transferidos a las Comunidades Autónomas) se especificaba como función propia de la Organización de Enfermería de Atención Primaria la atención domiciliaria y se definía en ella, el perfil de población al que las enfermeras deberían de hacer ATDOM y los grupos a los que debían de proporcionar intervención educativa.

Así pues que las enfermeras han sido responsables de la ATDOM continua y continuada de las personas dependientes y en situaciones de cronicidad avanzada o terminal , siendo una tradición en los servicios sanitarios desde el modelo de seguridad social y por supuesto desde la reforma de 1984 y con la normativa de los años 90.

Esto se refleja en las huellas dejadas en la definición de la Cartera de Servicios, el documento de Planes de Cuidados Estandarizados de Enfermería (Puerperio, Climaterio, SIDA, Inmovilizados, Terminales), la normativa de definición de la actividad para enfermería, o la propia Circular 5/90 de Organización de los servicios de enfermería en Atención Primaria (AP), documentos todos ellos publicados por la Subdirección de AP. INSALUD, en periodo pre transferencial.

El trabajo que han venido haciendo y que por tanto, hacen las enfermeras en el domicilio es evaluar de manera global las necesidades de cuidados, es importante entender que significa esta evaluación. Se trata de, por un lado trabajar aplicando la valoración integral de necesidades de cuidados que incluyen el uso de diferentes escalas relacionadas con la situación nutricional, el estado de la piel, el estado emocional, el Bartell como escala de dependencia o el test del Pheiffer y el grado de dependencia de las personas por su nivel de autocuidado o medido por escalas como la escala Signo entre otras así como el soporte al cuidado que pueden tener los pacientes con sus cuidadores, el nivel de cansancio en el desempeño del rol del cuidador, mediante escala de esfuerzo del cuidador o el Zarit. También se valora capacidad de aprendizaje y motivación con el diseño de planes de cuidados con intervenciones (NIC) que permitan trabajar minimizando con dicha intervención el deterioro de la capacidad funcional, y potenciando la capacidad del cuidado de si mismos, del autocuidado en su medio habitual con el fin de contribuir al mantenimiento de la persona en su entorno.

Estas intervenciones se suman a las diseñadas por otros profesionales y todos juntas hacen el Plan Terapéutico del Paciente como un plan de apoyo al abordaje de las necesidades de cuidados, incorporando los planes de atención social, de asistencia clínica y de cuidados enfermeros integrales, coordinados de manera interdisciplinar que mejoren la percepción de salud y la satisfacción de la persona y los cuidadores.

Existe otra modalidad, es importante no confundirla con la atención sanitaria porque tiene otros fines aunque están muy relacionados, la que se encuentra bajo el termino **atención domiciliaria** puede ser concebida como cualquier atención recibida en el domicilio de alguien o más en general en referencia a los servicios que permiten a sus usuarios continuar viviendo en su hogar y entorno familiar.

Aquí entran lo que son servicios de apoyo social que incluyen ayuda para las actividades de la vida diaria, tele-asistencia a domicilio y para actividades instrumentales: ayuda a domicilio, comidas a domicilio, lavandería, etc., servicios no relacionados con la atención en salud.

Algo a destacar también es que en algunos países, y también en España, el concepto de **asistencia domiciliaria** es la prestación sanitaria, e incluyen la asistencia sanitaria en las residencias de personas mayores y de personas discapacitadas dentro del concepto de ATDOM, y este servicio queda a cargo de los centros de salud y por tanto de las enfermeras comunitarias con el apoyo en algunas comunidades de enfermeras Gestoras de Casos.

Queda como otra modalidad la llamada **Hospitalización domiciliaria**, es decir personas con procesos susceptibles de ocupar una cama hospitalaria, en un hospital de agudos siguen hospitalizados pero en su casa y con el apoyo de profesionales sanitarios del hospital en su domicilio. Este servicio que solo debería de utilizarse con perfiles específicos de pacientes y que entro casi en desuso en la década de los años 90, hoy parece que repunta, posiblemente para el control de las estancias hospitalarias, pero desde luego su objetivo es la atención a episodios agudos, patologías concretas y no es un servicio adecuado para pacientes crónicos pluripatologicos o con multi-problemas .

La relación de perfiles de personas susceptibles de ser atendidos desde Asistencia Sanitaria y desde los Servicios de Asistencia a Domicilio es muy amplia debido a que es posible completar el proceso clínico-asistencial y de cuidados enfermeros o

profesionales de muchas enfermedades y condiciones sociales en el domicilio deficitarias.

A continuación se indican los **perfiles de usuarios** más frecuentemente descritos por la literatura como objetivos de la ATDOM:

- Personas jóvenes o adultos con dependencia y discapacidad.
- Personas mayores dependientes sin condiciones crónicas graves.
- Pacientes con enfermedades crónicas cuya situación clínica les dificulta acudir a los centros sanitarios: en cronicidad avanzada y situación terminal.
- Pacientes en situación de dependencia de cuidados profesionales temporales.
- Personas con necesidades de rehabilitación y recuperación tras episodios agudos y por tanto requieren de apoyo en domicilio temporal.
- Personas cuidadoras no entrenadas responsables de personas frágiles.
- Pacientes convalecientes con riesgo de dependencia.
- personas en familias con afrontamiento familiar comprometido.

Se trata de generar **estrategias**:

Para el mundo **Macro**: Que las autoridades y los planificadores reconozcan a las enfermeras en su liderazgo como facilitadores del soporte del cuidado profesional integral, lo que supone, reconocer una estrategia de mejora y de visibilidad proactiva para la figura de la enfermera como líder en el ámbito domiciliario y comunitario.

-Para el mundo **Meso**: Que los gestores den entidad de servicio enfermero a la ATDOM. Si bien este servicio contará con otros proveedores que serán coordinados por las enfermeras como gestores de casos, se hace necesario el trabajo en medición de resultados en consumo de recursos y en indicadores de calidad de vida y autonomía.

-Para el mundo **Micro**: La ATDOM es responsabilidad de la enfermera comunitaria y por tanto, de manera proactiva debe de poder movilizar los recursos que cada caso necesite con autoridad y competencia. Debe de medirse su efectividad, eficacia y eficiencia. Coordinar el equipo y trabajar de manera integral. Siendo proveedora de cuidados profesionales.

La labor de las enfermeras comunitarias se orienta desde la definición de un plan de cuidados donde se refleje la coordinación, evaluación, el adiestramiento de los cuidadores y la valoración y provisión de necesidades de cuidados individuales del paciente y familia con entrenamiento de capacidades de la persona en su autocuidado. Liderar las intervenciones acorde con necesidades, recursos disponibles y elementos de valor que garanticen la mayor independencia, calidad de vida y eficiencia, dentro del equipo interdisciplinar y a través del ejercicio del rol del gestor de casos tal y como se plantea en las estrategias de la cronicidad

MARCO CONCEPTUAL:

Ante este cambio en la demanda asistencial, la atención de enfermería recobra un valor esencial en sus dos vertientes, como **proveedora de cuidados** dirigidos a prevenir el deterioro funcional, la dependencia y la promoción de la salud, alcanzando también la salud adaptada y como un elemento promotor de la cooperación para **garantizar la continuidad de cuidados** entre los diversos niveles asistenciales y la coordinación de los servicios sanitarios y sociales, es aquí donde juega un papel determinante en la salud de grupos poblacionales vulnerables.

Los cuidados integrales a las personas mayores y de las personas dependientes en su propio domicilio aparecen para cubrir sus necesidades de salud. La atención domiciliaria integra elementos que son producto del cambio en el paradigma filosófico surgido en la Atención Primaria : la promoción de la salud, la educación, la familia como pilar básico en el proceso de salud-enfermedad, la accesibilidad, la corresponsabilidad, el paciente activo, etc.

Estos cambios nacen de las recomendaciones de Alma Ata en 1978 y se han ido llevando a cabo durante los años ochenta.

La organización nacional e internacional de la ATDOM es heterogénea.

Esta Ordenación se realiza en función del tipo de paciente a atender, del modelo global de organización del sistema sanitario y de la entidad gestora de la asistencia domiciliaria.

En los servicios públicos, la asistencia domiciliaria presenta las siguientes variantes:

- asistencia domiciliaria realizada por equipos de profesionales dependientes de servicios hospitalarios;
- atención domiciliaria de patrón mixto: en la que intervienen profesionales de los dos niveles de atención sanitaria y otros sectores de atención socio sanitaria, y
- asistencia domiciliaria realizada exclusivamente por los profesionales de AP con participación de atención social propia o de la zona o municipio.

La atención domiciliaria (ATDOM) se encuentra entre las funciones básicas del Equipo de Atención Primaria (EAP). En España, este servicio es ofertado por el Instituto

Nacional de la Salud o por los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas con competencias sanitarias. El desarrollo realizado en cada Comunidad ha sido diferente.

El modo en el que se organiza la visita domiciliaria está recogido en los programas y protocolos de cada área de salud, y el instrumento para la realización por parte de los EAP de una ATDOM correcta y organizada es el Programa de Atención Domiciliaria (PATDOM). La actuación de estos equipos y sus respectivos profesionales, entre ellos la enfermería en un papel destacado, se muestra indispensable para una correcta valoración de la eficacia de dichas intervenciones.

Entre los objetivos de la visita domiciliaria se encuentran:

- Mejorar el estado de salud de la persona mayor: intentar trasladar el mayor número de niveles de cuidados posibles al domicilio.
- Mantenerla en su propio medio: proporcionar independencia, integración con el entorno, evitar el aislamiento y el desarraigo.
- Servir de apoyo a la persona mayor y a su familia: conseguir detección precoz e intervención de disfunciones familiares o del cuidador.

Frente a los demás tipos de asistencia, la atención a domicilio puede suponer varias ventajas

- Para el anciano: independencia y entorno cercano y familiar donde se resuelven los problemas reales.
- Para el sistema: atención más barata, eficaz y humana, si se reducen los ingresos y las estancias hospitalarias.
- Para el profesional: permite una interacción que no era posible en muchas ocasiones con el sistema de cuidados tradicional.

LA ATENCIÓN DOMICILIARIA EN NUESTRO PAÍS: EVOLUCIÓN EN ESPAÑA

En España, la historia de la ATDOM ha sido más corta que en otros países de la Unión Europea. Desde el siglo XVI hasta el XIX, las órdenes religiosas se encargaron de la visita domiciliaria. Incluso hoy, instituciones benéficas como Caritas y la Cruz Roja, entre otras organizaciones, todavía complementan la labor del Estado.

Entre 1955 y 1960 la AP empezó a ofrecer cuidados a domicilio. La primera medida oficial ordenada por el Ministerio fue en el año 1970, cuando se establecieron los Servicios de Asistencia al Anciano.

En 1971, se implantó el primer Plan Gerontológico Nacional. A finales de los años setenta, el sistema político cambió y la Constitución se encargó de recoger la responsabilidad del Estado para garantizar la salud y el bienestar de los ciudadanos a través de un completo sistema social.

En 1979 los servicios domiciliarios pasan a formar parte del Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO). En un primer momento sólo los pensionistas podían beneficiarse de las ayudas, pero en 1985 se extienden a todos los ciudadanos.

En la década de los ochenta las competencias autonómicas añaden algunas modificaciones al sistema previo, siendo el desarrollo de la atención domiciliaria diferente según cada Comunidad; en ocasiones serán incluso los Ayuntamientos quienes se harán cargo de proveer estos servicios. Bajo estas condiciones, en ausencia de un marco legal común, existen grandes diferencias entre Ayuntamientos, incluso dentro de una misma Comunidad Autónoma, a la hora de ofrecer servicios a la población. Las grandes ciudades comúnmente ofrecen servicios complementarios y cubren mejor a su población que las áreas rurales.

El decreto de Estructura Básicas del 84, determina la modalidad de la atención domiciliaria como lugar de atención.

En la década de los años 90, el Anexo 2: de declaración de Actividad determinaba como indicador de actividad para médicos y enfermeras la actividad a demanda y programada tanto en domicilio como en el centro. Estos indicadores se monitorizaron para el territorio INSALUD hasta el momento de las transferencias.

A partir de la Publicación del Plan Gerontológico en 1993, se establecen las bases para la ordenación de los servicios sanitarios de atención a los mayores. Involucran a los

Servicios de AP con el desarrollo de los programas de atención al anciano y ATDOM, a la atención hospitalaria con el diseño de los equipos de valoración y atención geriátrica (que no llegaron a generalizarse por costes elevados y estrategias de clientelismo ineficientes), y a los servicios sociales con quienes la coordinación resulta compleja por la falta de comunicación sobre todo entre trabajadores sociales y enfermeras. La ordenación de este servicio se plantea bajo una estructura de coordinación socio-sanitaria, que ha resultado compleja por interferencias competenciales entre instituciones y profesionales.

Desde la década de la primera década de los años 2000, se desarrollan figuras como las enfermeras de enlace y las enfermeras gestoras de caso quienes han apoyado el desarrollo de una ATDOM para pacientes en alta temprana y pacientes crónicos avanzados. Además se han desarrollado a partir de la publicación de la Cartera de Servicios y de las diferentes estrategias unidades de apoyo específico para atención primaria como los ESAD.

El propio Ministerio de Sanidad reconoce la importancia de los cuidados fuera del sistema formal; en el documento sobre el “Modelo de atención socio sanitaria” de 2001 se recoge la tipología de enfermos que reciben atención en sus domicilios, en la que se identifica a enfermos geriátricos, personas con enfermedades crónicas evolutivas y en situación de dependencia funcional.

Desde entonces y hasta la estrategia para el abordaje de la cronicidad en el año 2012 se habla del valor de la atención domiciliaria y de potenciar su desarrollo.

En cuanto a los datos de actividad, según datos del informe anual del Sistema Nacional de Salud de 2015, la ATDOM ha representado el 4% de la actividad de la AP, oscilando de manera importante en función del tipo de profesional. El 1,7% del total de la actividad de medicina de familia y el 7,9% en el caso de la enfermería, siendo sus principales destinatarios las personas mayores de 65 años, con un porcentaje similar en medicina de familia (80%) y en enfermería (85%) respecto al total de domicilios realizados por cada tipo de profesional.

LA ATENCIÓN DOMICILIARIA EN EUROPA

En el ámbito europeo, en la década de los noventa, la situación de la visita domiciliaria era heterogénea; según el documento de Fuentelsaz, el país con mayor porcentaje de ayuda domiciliaria prestada, entendiendo como tal los servicios de asistencia domiciliaria asumidos por el Estado, era Suecia, con un 20%. Dinamarca cubría un 19% de ATDOM, con un sistema informatizado y gestionado a nivel municipal que evitaba las ayudas duplicadas por organismos oficiales y privados.

Luxemburgo proporcionaba un 10%, mientras que Francia, con un 34% de producto interior bruto dirigido a protección social (siendo uno de los más altos de la Unión Europea), prestaba solamente un 6% de ATDOM. Italia cubría un 5%, y tanto en Grecia como en Portugal no existía un sistema de ATDOM oficial, recayendo la responsabilidad de los ancianos en las familias.

El Comité de Ministros europeo, teniendo en cuenta el proceso de envejecimiento de la sociedad europea, recomienda, a través de los documentos 98/9, 98/11 y 99/4, a sus Estados miembros que, dentro de las políticas a favor de las personas dependientes, se dé prioridad a la asistencia en el domicilio habitual.

Dicho Comité también hace referencia a que este envejecimiento progresivo, unido al avance de la tecnología médica dirigida a salvar vidas humanas, harán que los países miembros se tengan que enfrentar a cifras de enfermos crónicos crecientes y deberán, consecuentemente, asegurar una gama apropiada de servicios de atención centrados sobre la comunidad y sobre el paciente, realizando también estudios sobre su eficacia y su coste.

ENCUESTA DE ATENCION DOMICILIARIA DE FAECAP

En el año 2013 la FAECAP constituye el grupo de Atención a la Cronicidad y en este grupo se trabaja la atención domiciliaria proponiéndose por un lado la constitución de un grupo permanente para valorar esta modalidad de atención y por otro para intentar trabajar políticas de benchmarking entre las diferentes experiencias de las Comunidades Autónomas.

Para ello el primer paso fue la realización de un cuestionario que plantease la situación de las comunidades dado que no se disponía de datos a nivel institucional que se pudiesen compartir,

El grupo diseño un cuestionario amplio, cuanti-cualitativo y propuso la celebración de una jornada anual para liderar este espacio siendo un punto de reflexión y de compartir experiencias. Así mismo la Federación se comprometió a promover un congreso bienal sobre atención domiciliaria al que se invitaría a todos los actores: pacientes, profesionales sanitarios, no sanitarios, industria tecnológica, responsables de los servicios, instituciones, redes sociales, asociaciones y sociedades científicas.

La Encuesta de ATDOM promovida por FAECAP se realizó durante los meses de junio a septiembre de 2015 y fue cumplimentada por expertos en ATDOM de las Sociedades Científicas de FAECAP. La encuesta está estructurada en varios bloques: Población, Recursos, Organización, Indicadores de actividad y Dificultades. Anexo 1

RESULTADOS DE LA ENCUESTA: ANALISIS SITUACIÓN

1. COMUNIDADES AUTÓNOMAS QUE RESPONDEN A LA ENCUESTA:

Galicia, Madrid, Cataluña, Castilla-León, Castilla-La Mancha, Baleares, Murcia, Asturias, Andalucía y Aragón.

2. INDICADORES

Baleares: INDICADORES

– Porcentaje de personas mayores de 65 años incluidas en programa de Atdom. Se incluyen en programa marcando una alarma en el programa e-soap.

Se espera tener al 8% de la población mayor de 65 años con alarma de Atdom. El 8% supone el cumplimiento del 100% del objetivo.

En 2010 el porcentaje de cumplimiento de GAP Mallorca fue 75,84 %. En 2014: 59,40

Resultado en las Islas Baleares 2014: 58,80 % que equivale a 8.049 personas mayores de 65 a.

– Número de personas incluidas en Atdom que tienen un test de Barthel (dependencia) y mínimo 4 visitas al año. Resultado 2014: 13,22 %.

– Número de personas con alarma que tienen la escala de Braden para detectar riesgo de UPP. Resultado 2014: 30,77 %.

– Anciano de riesgo:

- Número de personas mayores de 75 años con Barber realizado
- Número de personas mayor de 75 años con Barber + que además tienen:

- Una valoración de enfermería

- Un diagnóstico de independencia o de autonomía (NANDA)

- Consejo de salud. En 2011 este indicador cambió por plan de cuidados, pero no tengo información del resultado de 2011.

Castilla-León: INDICADORES

Número de visitas en domicilio por paciente G3 (Estrategia-proceso PCPPC 2014)

- “La atención a la cronicidad requiere cambios organizativos en nuestro modelo de atención, de modo que se facilite la continuidad entre las diferentes estructuras que prestan servicios y se prime la mayor participación del paciente en el control de su enfermedad, la existencia de apoyos domiciliarios organizados y el desarrollo de nuevas profesiones y/o perfiles profesionales”.

Objetivo 2.1. Orientación de nuestro Servicio de Salud a la atención del paciente crónico y pluripatológico (Líneas Estratégicas de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León 2011 – 2015).

- Definida Atención integrada en domicilio a pacientes crónicos y dependientes y apoyo a los cuidadores:

Al menos el 80% de personas dependientes no institucionalizadas, serán vistos al menos 3 veces al año por su enfermera y registrado en la Hª Clínica del paciente. (Plan de Objetivos 2015 Atención de Burgos).

Castilla-La Mancha: INDICADORES

-AP1: (Nº pacientes incluidos en protocolo de inmovilizados/población diana: 11% de los mayores de 65 años) x 100 -- OBJETIVO $\geq 90\%$.

-AP2: (Nº de pacientes inmovilizados con riesgo identificado -moderado o alto- usando escala de Braden y/o Plan de Cuidados con diagnóstico NANDA: 00047 "Riesgo de deterioro de integridad cutánea" y/o intervención NIC: 3540 "Prevención de las úlceras por presión" / Nº de pacientes en Protocolo de Pacientes Inmovilizados x 100 -- OBJETIVO $\geq 10\%$.

-AP3: (Nº pacientes con úlcera por presión registrada y /o "herida por presión" en protocolo de heridas / Nº de pacientes en Protocolo de Inmovilizados) x 100 – OBJETIVO $\leq 5\%$ (Fuente: SESCOAM 2014).

En las demás categorías no es evaluado, solamente de forma cuantitativa. Nº de domicilios realizados por médicos, enfermeras, trabajadores sociales, etc.

Madrid: INDICADORES

Existe la definición de Cobertura y criterios de buena atención del servicio de cartera para médicos y enfermeras.

- Actividad de consulta en domicilio para médicos y enfermeras en las agendas de cada profesional.

- Se monitoriza sólo para las enfermeras el dato de nº de domicilios por enfermera/día en el resumen mensual de actividad asistencial del centro de salud.

- Actividad de consulta en domicilio para los trabajadores sociales.

Y por último para finalizar me gustaría que hiciera una reflexión para que nos identifique cada uno de ellos las dificultades que encuentran para realizar con calidad la atención sanitaria y social y poder dar respuesta a las necesidades de las personas y sus cuidadores en el domicilio.

Andalucía: INDICADORES:

En Andalucía se utilizan como indicadores:

El cumplimiento Terapéutico, el Cansancio en el desempeño del rol del cuidador, la presencia y valoración de las UUP y el nº de talleres en para los cuidadores.

Existen enfermeras referentes de residencias dentro de los EAP y dentro del personal de enfermería de los equipos, está la enfermera gestora de casos.

Existe una unidad de hospitalización domiciliaria.

3. DIFICULTADES IDENTIFICADAS

BALEARES. Observaciones:

Las dificultades de la atención domiciliaria tienen mucho que ver con el nulo protagonismo que ha dado la organización a este programa y a la atención de la población con problemas de funcionalidad y dependencia.

El sistema sanitario en las Islas Baleares ha seguido enfocado a la patología aguda, a pesar de que las personas con patologías crónicas complejas y situación de inmovilidad gastan el 70-80% del presupuesto sanitario.

Las organizaciones en los Equipos de Atención Primaria giran en torno a las necesidades de los profesionales y a la demanda urgente, por lo que no está enfocada a las necesidades de salud de la población más frágil y dependiente.

Tenemos una muy baja cobertura de Atdom y una actividad domiciliaria muy baja tanto en médicos como en enfermeras.

Habría mucho que analizar del porqué de esta situación, pero desde luego si la organización no da peso a esta actividad, no la mide, no desarrolla indicadores de calidad, no devuelve a los profesionales los resultados de esta actividad no podemos pretender que los profesionales realicen una actividad que es más costosa y más incómoda de realizar.

Por otro lado, está la falta de recursos materiales y sanitarios, que hacen que nos sintamos en ocasiones inútiles en los domicilios, por vivir situaciones difíciles que no podemos ni derivar ni dar solución (situaciones sociales, de dificultad económica, de cuidados profesionalizados, etc.)

ASTURIAS. Observaciones:

Enfermería: No disponer de un coche del Centro de Salud para poder hacer los domicilios, ni concierto con una compañía de transporte público, uso de coche propio. Dispersión geográfica. Posibles accidentes que costea el profesional. Hay falta de reconocimiento para las enfermeras sobre esta actividad

Medicina: Sobrecarga asistencial. Falta de tiempo.

CASTILLA Y LEON. Observaciones:

La enfermera realizará cada 3 o 6 meses una visita domiciliaria a los pacientes clasificados como crónicos pluripatológicos complejos G3 (Estrategia-proceso PCPPC 2014)

A las 48-72 horas tras el alta hospitalaria relacionada con un proceso por ACV, EPOC, IC, fractura de cadera y PCPPC G3 (paciente crónico pluripatológico complejo clasificado como G3) la enfermera realiza una visita domiciliaria.

En el año 2013 se pone en marcha el Registro de Enfermería de la Red Centinela Sanitaria de Castilla y León sobre las visitas domiciliarias y los pacientes atendidos en las mismas, cuyos datos, además de ayudar a decidir actividades de formación y reciclaje para los profesionales de enfermería que realizan este tipo de asistencia sanitaria tienen en los siguientes objetivos:

1. Describir la carga de trabajo y aspectos organizativos de las visitas domiciliaria.
2. Describir las actividades sanitarias realizadas en las visitas domiciliarias por el personal de enfermería.
3. Conocer el tipo de paciente atendido en las visitas domiciliarias.

Sin embargo aun siendo los profesionales que realizan esta actividad, no es reconocido por las autoridades que nunca ven su trabajo aun siendo quien realmente está en los domicilios.

CASTILLA Y LA MANCHA. Observaciones:

Las principales dificultades que encontramos en estos momentos es que nuestras agendas están principalmente dirigidas a la atención de la demanda de los usuarios tanto en consulta como en domicilio. Y se ha ido recortando tiempo a las visitas domiciliarias programadas que son fundamentales para detectar y atender las necesidades de las personas y sus cuidadores en el domicilio.

En la atención diaria se prioriza la atención en consulta antes que en el domicilio y dedicamos más tiempo a la atención en consulta en todas las categorías profesionales.

En estos últimos años en general, en nuestro trabajo se ha reducido el tiempo dedicado a la atención domiciliaria programada por lo que se hace poca prevención en las necesidades de cuidados de los pacientes y cuidadores.

GALICIA. Observaciones:

Las dificultades que nos encontramos hoy en día en primaria a la hora de la visita a domicilio es la falta de protocolos y programas de salud a la hora de realizar actividades relacionadas con el conocimiento enfermero, los responsables de la gestión no identifican a las enfermeras como valor sino como ejecutoras de ordenes médicas, dificultad a la hora de explotar datos de la historia clínica por lo que es difícil aprender sin saber que pasa ... la mayor dificultad todo relacionado con la organización y no se cuenta con nosotros.

COMUNIDAD DE MADRID: Observaciones:

La falta de capacitación para la atención integral en domicilio de algunos profesionales. Cuando hay movimientos de profesionales de enfermería entre el ámbito hospitalario y el comunitario se produce un detrimento de la atención en domicilio, ya que es considerada molesta por los profesionales que se encuentran inseguros y desprotegidos en el domicilio, limitándose a las actividades imprescindibles como las demandas de problemas agudos, curas, inyectables etc., en detrimento de la atención integral.

Las plantillas de enfermería no se dimensionan en base a las necesidades de atención en domicilio. Por lo que se está perdiendo capital necesario para atender domicilio. Las isócronas requieren de tiempo de desplazamiento que nadie cuenta.

En cupos de población muy envejecida hay falta de tiempo para la Atdom.

En determinadas poblaciones, muy envejecidas y con pocos recursos socioeconómicos, los profesionales tienen dificultades para una adecuada organización de la agenda que les permita disponer del tiempo necesario que dedicar a la atención domiciliaria de las personas dependientes. En los casos en que hay muchos pacientes con necesidades en domicilio hay dificultades para realizar una valoración completa del entorno del paciente, y de las necesidades de cuidados de la unidad familiar, competencia de las enfermeras y no de otros profesionales. Esta dificultad obliga a trabajar atendiendo las demandas más inmediatas en las primeras vistas y retrasando la posible detección de otros problemas. Todo ello por la falta del tiempo que requiere cada visita en la agenda diaria. Hay desinterés por parte de la autoridad que se está menospreciando el trabajo de las enfermeras pensando que es ámbito social. Es preciso aclarar que las necesidades de cuidado y la atención integral es una competencia enfermera.

Una dificultad para realizar una adecuada atención domiciliaria es la rigidez de las agendas de enfermería que priorizan la atención en consulta.

Otra dificultad es la evaluación y valoración de la actividad en domicilio, no discriminando las actividades. Se mide igual una atención puntual o a demanda (por ejemplo: inyectable) que una atención integral en domicilio con valoración completa y resolución de necesidades sociosanitarias ligadas a la capacidad de autocuidado o de la unidad familiar. Solo se identifica la atención enfermera como demanda puntual de procedimientos y se invisibiliza su trabajo como gestor de casos o garante de una atención integral.

En ocasiones la mayor dificultad es la falta de continuidad en los cuidadores. Desde hace un tiempo, cada vez más, las cuidadoras son personas contratadas por los servicios sociales municipales que acuden horas sueltas y no a diario al domicilio de los pacientes, las cuidadoras familiares son cada vez menos.

En muchas ocasiones, los cuidadores son también personas de edad avanzada con sus propias necesidades de cuidados.

Las principales demandas de las cuidadoras para el cuidado en el domicilio son ayudas técnicas. Ayudas que rara vez son proporcionadas por los servicios sociales

municipales. Los recursos sociales son escasos, y existe demasiado tiempo de espera para aquellos que por fin se pueden conseguir.

La situación social de algunos pacientes produce aislamiento social, viven solos y no pueden abandonar, en ningún momento, el domicilio. Pisos altos sin ascensor, falta de ayudas,...

No disponer de la historia clínica en el domicilio. Los registros de la Atdom en las historias de los pacientes son muy malos. No existe un protocolo para registrar la valoración del domicilio.

Los trabajadores sociales están en horario de mañana por lo que el trabajo compartido está limitado para el turno de tarde. Además esta figura atiende varios centros de salud. Habitualmente las valoraciones se hacen por separado. Los profesionales en algunas ocasiones sienten inseguridad y desprotección en los domicilios.

MURCIA. Observaciones:

La presión asistencial es el mayor problema que tenemos para poder desarrollar de forma más eficiente nuestro trabajo en los domicilios. Existe invisibilidad por parte de las autoridades a la hora de reconocer el trabajo y la potencialidad de las enfermeras en el domicilio.



I Jornada Nacional de Atención Domiciliaria

"La Atención Domiciliaria en la Atención
Primaria a Debate: la Visión de las Personas,
los Cuidadores y los Gestores"

"JORNADA GRATUITA"

Salón Ernests Lluch

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Madrid

16 de Octubre 2015

9:00 a 14:00 h

ORGANIZA



inscripción en www.faecap.com/eventos

JORNADA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA A DEBATE: LA VISIÓN DE LAS PERSONAS; LOS CUIDADORES Y LOS GESTORES

Tras la publicación de la estrategia para el abordaje de la de la Cronicidad en octubre de 2012 por parte del Ministerio y donde se plasmaba la necesidad de desarrollar una atención domiciliaria de enfoque de futuro y al revisar la estrategia que habla de los cuidados y del papel de la enfermera como gestora de casos, la enfermera como educadora y entrenadora en salud, en autocuidado y por tanto, parece que refuerza el papel de las enfermeras comunitarias.

Es una estrategia que habla del trabajo en la comunidad desde la Red de Escuelas de Salud, donde la mayoría de los líderes de las diferentes Escuelas son enfermeras, donde se habla de alternativas a la hospitalización convencional y por tanto, de centro de larga duración, hospitales de media estancia donde las enfermeras pueden mostrar experiencias exitosas en su gestiónen este momento que existe el grado de enfermería y que las enfermeras son Máster y Doctoras parece que es el momento idóneo para proponer la celebración de un primer congreso nacional .

Es el momento de liderar un punto de encuentro, un espacio donde sistemáticamente se compartan experiencias y lecciones aprendidas sobre cómo ha sido y debe de ser la atención en domicilio en España en el futuro ante el reto de la transición epidemiológica y demográfica. Anexo 2

- Las enfermeras son una oportunidad para los ciudadanos que necesitan asistencia en domicilio.
- Su tradición le ha llevado a desarrollar la atención domiciliaria en España desde siempre dado que se trata de una actividad que ya se reflejaba en el real decreto de estructuras básicas del 1984.
- En el medio comunitario, las enfermeras en España han ejercido el Rol de Gestores de Caso con los pacientes crónicos avanzados. Existe evidencia de su valor en el desarrollo en Andalucía, Cataluña, Canarias... siendo la enfermera comunitaria española, el único profesional en el medio español que ha presentado evidencia científica con su rol de la enfermera como gestora de casos para personas frágiles y con necesidad de atención domiciliaria, razón por la que la Estrategia de la Cronicidad lo incorpora como recomendación.

La FAECAP es la organización que más experiencias diferenciadas acumula y por tanto la que puede liderar desde sus asociados la puesta en valor de la enfermera comunitaria como el líder del equipo que coordina tanto los recursos sanitarios como sociales que acuden al domicilio y es quien debe evaluar y ser un facilitador del trabajo de acompañamiento por el sistema sanitario.

El objetivo del congreso / jornada: Compartir lecciones aprendidas y generar conocimiento para realmente trabajar y dar un soporte adecuado en domicilio a los pacientes y sus cuidadores desde un proyecto sostenible y adecuado.

Con los datos de la encuesta se realiza **la I jornada de Atención Domiciliaria en Atención Primaria** (Anexo 3), en el Ministerio de Sanidad y Consumo el día 15 de Octubre de 2015 que convocó a más de 300 enfermeras (Anexo 4,5) quienes tras su evaluación de la jornada realizaron las siguientes **aportaciones de los participantes**:

- Más tiempo y poder debatir con más grupos de pacientes y con distintos tipos de atención domiciliaria
- Al final se fue el tema hacia la formación y me hubiese gustado compartir más la necesidad de potenciar la atención domiciliaria y avanzar en la proactividad.
-
- Haber habido más debate en líneas de mejora , que den más valor y visibilidad al profesional gestor del cuidado, pensando en el paciente y su entorno con un debate constructivo. Enhorabuena por la primera y que sean muchas más.
- Según mi opinión me hubiera gustado definir claramente que pacientes cumplen criterios de atención domiciliaria. La mesa de los profesionales se quedó corta de tiempo, me parecía interesante los programas que se llevan a cabo en otras comunidades autónomas.
- Mal por las aportaciones de determinados invitados y mal por parte de FAECAP permitir determinadas afirmaciones pronunciadas por un ponente en particular, siendo una sociedad científica que busca el desarrollo de la enfermería familiar y comunitaria
- Me parece que podría hacerse en un lugar más amplio para que puedan asistir más interesados. Puesto que muchos interesados en acudir no pudieron asistir

porque se quedaron sin plazas. Además creo que el tiempo de preguntas y aportaciones por parte de los asistentes debería ser más del que ha habido. Por lo demás todo ha sido muy satisfactorio.

- Se necesitan propuestas concretas de mejora de la atención domiciliaria.
- El turno de preguntas no tuvo nada que ver con el contenido de la Jornada: La asistencia domiciliaria. siendo el tema principal parece que no nos preocupa cuando es un área de mejora importantísima.
- Mas enfermeras de a pie [refiriéndose a las enfermeras asistenciales].
- Creo que se dejó de lado a la enfermería geriátrica, la cual juega un papel fundamental en la atención a domicilio. Se olvidó también a las EIR de Geriátrica. Esta especialidad trabaja muy estrechamente con los compañeros de Atención Primaria y con los pacientes y familias. Si hablamos de Atención Domiciliaria no podemos olvidarlo!
- Hacerlo también en Streaming- on-line, poder verlo desde un ordenador, pues no siempre es factible acudir al evento.
- Si queremos aprender, colaborar, reenfocar y mejorar con innovación creo que desde la humildad fue una oportunidad muy valiente por parte de los usuarios el exponer nuestras debilidades para tenerlas en cuenta. De lo contrario no avanzaremos y seguiremos con el desencuentro y frustración
- Unión y coordinación de Atención Primaria-Atención Especializada-Hospital de media estancia
- Organización muy buena. Objetivos cumplidos en programa. Necesidad que se incluyan en agendas para poder realizarlos y se refleje. Gracias
- Considero oportuno seguir realizando eventos para fomentar la atención domiciliaria como lugar ineludible de asistencia sanitaria, tanto para hablar de igualdad de asistencia hacia los más vulnerables, los pacientes inmovilizados o con necesidad de cuidados paliativos, como para compartir dificultades de los

Profesionales para realizar esta asistencia, tanto en formación, dispersión, gestión de la asistencia, evaluación, coordinación e investigación.

- Hacer visible la Atención Domiciliaria.
- Benchmarking y puesta en común de experiencias en Atención Domiciliaria en diferentes contextos (Servicios de Salud, Internacional, etc.).
- Creo que la elección de ponentes focalizó la atención hacia otros contenidos que no eran la atención domiciliaria.
- Profundizar en el tema.
- El debate se dirigió a otro ámbito, como el de las especialidades, que no era objeto de esta Jornada.
- En la mesa donde estaban representadas las diferentes asociaciones, me dio la sensación, que tenían poco conocimiento del trabajo de las enfermeras de atención (como ponerse en contacto con nosotros, planificación de las visitas, actividades realizadas en esas visitas...).

CONCLUSIONES DE LA JORNADA

- A la vista de los datos de la encuesta tanto los recursos, como la población y la organización y los indicadores son heterogéneos en las diferentes Comunidades Autónomas tanto en la implantación como en el valor que se confiere a esta actividad.
- Las enfermeras parecen el profesional idóneo para liderar la actividad existe evidencia al respecto pero se encuentran grandes dificultades que tienen que ver con ausencia reconocimiento, de organización específica, asignación de población, responsabilidad reconocida y medición de la actividad sistemática.
- La visión de las personas, los pacientes: los pacientes reconocen que el apoyo de las enfermeras en domicilio es importante sin embargo no saben cómo les apoyarían y como acceder a sus servicios.
- La visión de los cuidadores: no se encuentran apoyados por las organizaciones. Notan descoordinación entre médicos y enfermeras y les cuesta encontrar la ayuda de las enfermeras es complicado no se sabe como acceder a ellas de manera independiente.
- La visión de los gestores es que no visualizan la aportación de las enfermeras comunitarias como líderes para impulsar la atención domiciliaria y previenen del peligro de la posible atomización de la práctica de los cuidados.
- La visión de las enfermeras: las enfermeras sienten cansancio por su invisibilidad, por la falta de capacidad para organizar su actividad y para diseñar una oferta de atención domiciliaria acorde con las necesidades de cuidados tanto de pacientes como de cuidadores. Se reivindica el rol de la Enfermera como gestora de casos.
- Realizar un congreso de atención domiciliaria para poder competir modelos y experiencias.

Anexo 1

ENCUESTA SOBRE LA SITUACIÓN DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA EN ESPAÑA: PRESTACIONES SANITARIAS Y DE APOYO SOCIAL

Instrucciones para la cumplimentación

Los conocimientos necesarios para realizar esta encuesta tienen que ver con la investigación que las sociedades científicas de enfermería comunitaria realizaran en su Comunidad Autónoma buscando documentación disponible en la intranet de su Comunidad y aportando los datos disponibles de la memoria de la Consejería de Sanidad y de la Consejería de Asuntos Sociales para poder recoger datos poblacionales, de actividad de AP, Hospitalaria, Servicio de Urgencias /061 y Servicios comunitario y sociales de los ayuntamientos, o estructuras de voluntariado.

Los Datos deberán de referirse a la Memoria 2014 que es la última común publicada.

Es preciso recopilar los documentos y las referencias bibliográficas que sustentan este cuestionario.

Con estos datos se elaborara un informe que se pondrá en común con las personas responsables de la cumplimentación del cuestionario y se presentará en la I Jornada Nacional de Atención domiciliaria que organiza FAECAP y que se celebrará el 16 de octubre de 2015 en Madrid.

Ante todo nuestra gratitud por vuestro esfuerzo.

Tenéis hasta el 20 de septiembre para responder.

En el Google Drive que tenemos de la Jornada Atdom se abrirá una carpeta con el nombre “Informe Situación Atdom” y dentro de ella una subcarpeta con el nombre de cada una de las sociedades, es aquí donde subiréis el informe de vuestra comunidad y los documentos de consulta utilizados para cumplimentar el informe.

En caso de dudas contactar en el correo: vicepresidencia@faecap.com

Gracias.

- Nombre de la persona que cumplimenta el cuestionario:
Teléfono de contacto: _____ Mail: _____
Comunidad Autónoma: _____
- Responsable de la Atención Domiciliaria de su Comunidad Autónoma:
Nombre. _____ Cargo: _____
Mail contacto: _____

CUESTIONARIO SOBRE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA (ATDOM)

1. Datos Generales:

1.1. Total Población de la Comunidad Autónoma:

(Incluir pirámide de población por intervalos de edad)

1.2. Total Población INCLUIDA en Programa de Atdom:

(Información obtenida de la codificación del paciente en la historia clínica informatizada al incluirlo en el Programa Atdom).

Especifica el código utilizado, nombre de la clasificación (CIE-10, NANDA, otra) y su definición:

Mayores de 70 años:

(Si podemos por intervalos de edad: <15 años: 15-64 años: 65-69 años: 70-79 años: 80-89 años y >90 años)

1.3. Se incluye en Programa de Atdom a los pacientes que residen definitivamente en una Residencia:

☐ Sí (Especifica en “observaciones” el código utilizado, nombre de la clasificación (CIE-10, NANDA, otra) y su definición

☐ No

Observaciones:

- Realiza el Centro de Salud la atención sanitaria de los residentes:

☐ Si

☐ No

(Especifica en observaciones quien la realiza)

Observaciones:

Total Población residentes de la Comunidad Autónoma:

(Incluir pirámide de población por intervalos de edad)

Total Población INCLUIDA en Programa Atdom en Residencia:

Mayores de 70 años:

(Si podemos por intervalo de edad: <65 años; 65-69 años; 70-79 años; 80-89 años y >90 años)

2. Dispositivos que realizan Atención domiciliaria:
--

2.1. Número de centros de salud

Número de profesionales sanitarios por categoría profesional en los centros de salud (Médico, Enfermera, Trabajador social de salud, otros):

- Médico:
- Pediatra:
- Enfermera:
- Trabajador social de salud:
- Enfermeras Gestoras de casos:
- Otro (especificar):

Datos de la actividad 2014, visitas a domicilio Médico, Enfermera y Trabajador social de salud o ayuntamiento:

- Médico:
- Pediatra:
- Enfermera:
- Trabajador social de salud o ayuntamiento (especificar):

2.2. Número de dispositivos que realizan urgencias en el domicilio (SEM/061/SAMUR):

- Datos de la actividad 2014, pacientes atendidos:

2.3. Número de Unidades de Hospitalización a domicilio:

- Número de profesionales sanitarios por categoría profesional (Médico, Enfermera, Trabajador social de salud, otros).

- Médico:
- Pediatra:
- Enfermera:
- Trabajador social de salud:
- Otro (especificar):

Datos de la actividad 2014, pacientes atendidos y visitas a domicilio realizadas:

2.4. Número de Equipos de Soporte de Atención domiciliaria para Atención Primaria (ESAD, PADES, Otros):

Número de profesionales sanitarios por categoría profesional (Médico, Enfermera, Trabajador social de salud, otros).

- Médico:
- Enfermera:
- Trabajador social de salud:
- Psicólogo-a:
- Otro (especificar):

Datos de la actividad 2014, pacientes atendidos y visitas a domicilio realizadas.

2.5. Número de dispositivos de Servicios Sociales Comunitarios que realizan atención en el domicilio (trabajadoras familiares, servicio domestico, voluntariado,...):

Datos de la actividad 2014, pacientes atendidos y horas a domicilio realizadas.

LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO SANITARIO

3. Se dispone de un Programa de Atención Domiciliaria en el que se definen los criterios de inclusión, se establecen los objetivos de trabajo y las actividades a realizar por los profesionales sanitarios en cada visita:

☐ Sí (Año publicación:) (Adjúntalo)

☐ No

Observaciones:

3.1. Hay un responsable del Programa del Atdom en el centro de salud:

☐ Sí (Categoría profesional

☐ No

4. ¿Se mide algún indicador de la Actividad del Programa de Atención Domiciliaria a los profesionales en el Contrato Programa de los Equipos?

☐ Sí

☐ No

4.1. Podría señalar los indicadores evaluados por categoría profesional:

5. Sobre el modelo de organización de la atención domiciliaria, (señala lo que proceda):

☐ La Atención domiciliaria se presta desde los centros de salud (CS) (incluye atención continuada 7x24)

☐ La Atención domiciliaria se presta desde: CS y Unidades específicas de soporte

☐ La Atención domiciliaria se presta desde: CS, Hospitalización domicilio y Unidades específicas de soporte

☐ Otro (especificar):

Observaciones:

6. Tienen los profesionales en la agenda de trabajo un tiempo específico diario o semanal para realizar las visitas de los pacientes en el Programa Atdom:

☐ Sí (especificar en “observaciones” el tiempo por categoría profesional: MF-Enfermera-T Social)

☐ No

Observaciones:

7. Se dispone de un Programa de Educación Sanitaria dirigido a los cuidadores de los pacientes incluidos en Programa Atdom en los centros de salud:

☐ Sí (especificar)

☐ No

Observaciones

8. Se ha realizado en 2014 Formación específica en los centros de salud sobre temas asistenciales relacionados con la Atdom:

☐ Sí (especificar temas realizados)

☐ No

Observaciones:

Y por último para finalizar me gustaría que hiciera una reflexión con alguno de sus compañeros de trabajo (médicos, enfermeras y trabajadores sociales) para que nos identifique cada uno de ellos las dificultades que encuentran para realizar con calidad la atención sanitaria y social y poder dar respuesta a las necesidades de las personas y sus cuidadores en el domicilio.

Anexo 2

MANIFIESTO DE FAECAP POR LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS EN EL DOMICILIO

La Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y de Atención Primaria

(FAECAP) propone una revisión de los modelos de atención domiciliaria para garantizar una adecuada calidad de cuidados a las personas dependientes y las muchas familias que cada día deben afrontar múltiples retos para cuidar a algún familiar con discapacidad.

El envejecimiento, junto con la evolución de las enfermedades crónicas, es causa de limitaciones físicas y psíquicas progresivas que dificultan la realización de las actividades básicas de la vida diaria, siendo la principal causa de demanda de cuidados en el domicilio.

Las complicaciones y reagudizaciones de los procesos crónicos son los principales motivos de ingreso hospitalario llegando a consumir el 65% de los recursos sanitarios de nuestro país.

Las personas mayores frágiles, con enfermedades crónicas y comorbilidades necesitan cuidados profesionales que promuevan en las personas el autocuidado y la autogestión de la enfermedad. Los programas sistematizados de visitas domiciliarias preventivas a ancianos y personas vulnerables disminuyen las tasas de mortalidad y las tasas de institucionalización, contribuyendo también a retrasar el declive funcional.

El gasto sanitario dedicado a esta población es creciente y de difícil sostenibilidad con el actual modelo de atención hospitalocéntrico. Es indispensable un cambio profundo en el sistema sanitario para poder dar una respuesta adecuada a las nuevas necesidades de salud de la sociedad de hoy en día y favorecer la sostenibilidad del sistema sanitario público.

FAECAP considera y propone la figura de la enfermera comunitaria como el profesional mejor posicionado para llevar a cabo estas iniciativas, siendo más coste-efectiva que otros.

Es necesario que las organizaciones sanitarias definan objetivos estratégicos enfermeros que aseguren la Atención Domiciliaria, y que de éstos se deriven

indicadores que midan el impacto en términos económicos y de calidad de vida⁶ (número de ingresos hospitalarios, adherencia terapéutica, incidencia de caídas y úlceras por presión, etc.).

La población necesita que se impulse la atención domiciliaria con enfermeras resolutorias, que cuenten con los recursos necesarios para contribuir a la calidad de vida de las personas.

Es por todo ello que FAECAP propone el siguiente **Decálogo por la Calidad de los Cuidados en el Domicilio** para consideración de las administraciones sanitarias, agentes sociales, colectivos de pacientes y sociedad en general:

1. Las organizaciones sanitarias deben garantizar una atención domiciliaria que oferte cuidados eficaces y efectivos, que incluyan la prevención, la curación, la convalecencia y la rehabilitación.
2. En Atención domiciliaria son principal objeto de cuidado la persona enferma, el cuidador principal y la familia.
3. La Atención domiciliaria debe garantizar una atención interprofesional que dé respuestas a éstas necesidades, especialmente a la población más frágil y dependiente.
4. Los principales ejes de la atención domiciliaria son la calidad, la seguridad, la personalización y la continuidad de los cuidados.
5. Todas las actividades que se realizan en el domicilio deben establecerse en el marco de guías clínicas y protocolos basados en la evidencia. Deben definirse indicadores de calidad y coste-efectividad que permita una evaluación y mejora continua de los cuidados a domicilio.
6. Es preciso dimensionar la atención domiciliaria con criterios científico-técnicos para asegurar una dotación de recursos adecuados y suficientes, que permitan compensar los déficits sociofamiliares y disminuir las hospitalizaciones potencialmente evitables.
7. La enfermera es el agente de salud de referencia en el domicilio, quien debe asegurar la participación activa del paciente en la toma de decisiones sobre su cuidado y apoyar a los cuidadores familiares respetando y reforzando su rol de cuidadores.

8. La atención domiciliaria requiere de unos sistemas de información integrados que faciliten el tránsito del paciente por el sistema sociosanitario y que faciliten el registro y la explotación de los indicadores descritos en las guías.

9. Para una Atención domiciliaria de calidad y eficiente es imprescindible la mejora continua y la Innovación en la prestación de cuidados, incorporando evidencias científicas en el cuidado, el uso de nuevas tecnologías para la gestión de la información, la metodología de la gestión de casos, los telecuidados, y cuantas otras innovaciones aporte la investigación científica.

10. Unos cuidados domiciliarios de calidad deben asegurar la accesibilidad, disponibilidad y comunicación efectiva entre familias y profesionales de la salud, utilizando todos medios de comunicación disponibles (teléfono, mensajes de texto, correo electrónico, redes sociales, etc.).

Anexo 3

Programa de la Jornada, díptico

Comité Organizador Presidente del Comité Organizador: Carmen Ferrer Amedo Vicepresidente del Comité Organizador: Francisco Cegri Lombardo Secretario: Juan José Jurado Balbuena Comunicación: Santiago González Sánchez Colaboradores   I Jornada Nacional de Atención Domiciliaria "La Atención Domiciliaria en la Atención Primaria a Debate: la Visión de las Personas, los Cuidadores y los Gestores"	Patrocinadores  Salón Ernests Lluch Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Madrid 16 de Octubre 2015 9:00 a 14:00 h Organiza: 
www.faecap.com	#atdomfaecap

Programa		
8:15 h Recogida de la documentación		
9:00 - 9:30 h Mesa Inaugural		
Sr. Carlos J. Moreno Sánchez Director General de Ordenación Profesional. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) Sr. Javier Carrasco Rodríguez Presidente de FAECAP Sra. Carmen Ferrer Arnedo Presidenta del Comité Organizador		
9:30 -10:00 h Conferencia Inaugural <i>"Situación de la Atención Domiciliaria en España"</i> Presentación del estudio de FAECAP.		
Ponente: Sra. Carmen Ferrer Arnedo Coordinadora Científica de la Estrategia de la Cronicidad del Sistema Nacional de Salud		
10:00 -11:00h Mesa I: <i>¿Cómo creen que los profesionales deberíamos trabajar para dar respuesta a las necesidades de las personas y cuidadores en la atención domiciliaria?</i>		
Ponentes: Sr. Antonio Jiménez Arellano Asociación Piel de Mariposa-DEBRA España Sr. Jesús I. Meco Rodríguez Presidente de la Asociación de Enfermedades Raras (ACMEIM) Sra. Vanesa Jorge Martín Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) Sr. Nel A. González Zapico Confederación de Salud Mental España		
Moderadora: Sra. Blanca Tejero Fernández Periodista Sr. Francisco Cegri Lombardo Vicepresidente de FAECAP		
11:00 -11:30 h Debate		
11:30 -12:00h Pausa		
12:00 -13:00 h Mesa II: <i>¿Qué esperan los responsables de la prestación de servicios sanitarios de los profesionales en el Servicio de Atención Domiciliaria de Atención Primaria en el siglo XXI?</i>		
Ponentes: Sr. Carlos J. Moreno Sánchez Director General de Ordenación Profesional. MSSSI Sra. Maravillas Izquierdo Martínez Subdirectora General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Fondo de Cohesión. MSSSI Sra. Patricia J. Gómez Picard Consejera de Salud de las Islas Baleares Sra. Marta Sánchez-Celaya del Pozo Gerente de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid Sra. Inmaculada Sánchez Martín Técnico de la Coordinación Sociosanitaria del Departamento de Salud del Gobierno del País Vasco		
Moderadora: Sra. Blanca Tejero Fernández Periodista Sra. Carmen Solano Villarrubia Presidenta de SEMAP		
13:00 -13:30 h Debate		
13:30 -14:00 h Conclusiones Jornada		
Ponente: Sr. Javier Carrasco Rodríguez Presidente de FAECAP		

Anexo 4

Fotos I Jornada de Atención Domiciliaria de FAECAP, 16 de octubre de 2015.







Anexo 5

Enfermería TV_ Blog de Enfermería TV

Entrevista a Carmen Ferrer Arnedo.

http://www.elblogdeenfermeriatv.es/2015/09/enfermeria-lider-en-una-atencion_14.html



El blog de Enfermería tv
www.enfermeriatv.es

Inicio Nuestro equipo Colaboraciones

14 DE SEPTIEMBRE DE 2015

Enfermería, líder en una atención integral, interdisciplinar y eficaz

Carmen Ferrer es enfermera y coordinadora Científica de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad del SNS. En este post habla del papel de enfermería en la atención domiciliaria, porque "el domicilio es una oportunidad en el desarrollo de la práctica del cuidado enfermero orientado a mejorar la calidad de vida de las personas vulnerables".

Aquí tenéis la entrevista completa con Carmen Ferrer en nuestro plató, en la que da respuesta también a las preguntas que le hicisteis llegar:

Carmen Ferrer, coordinadora estrategia cronicidad SNS

Enfermería tv
www.enfermeriatv.es

SUSCRIPCIÓN POR E-MAIL
Email address... Submit

LO MÁS DESTACADO

5 videos para cuidar tu salud sexual

Cada día, más de 1 millón de personas contraen una infección de transmisión sexual, según la OMS. No hablamos sólo de VIH, gonorrea o sífilis...

TEMAS

- Alimentación (1)
- Atención domiciliaria (2)
- Autocuidado (1)
- Cáncer (6)
- Diabetes (4)
- Enfermedades raras (4)

Enfermería TV- Video resumen de la Jornada

http://www.enfermeriatv.es/canales/canal-desarrollo-profesional_5/destacado_38/97be548a-309b-786e-1b7b-fee98884d1b

BIBLIOGRAFÍA

1. Montes Santiago J, Casariego Vales E, de Toro Santos M, Mosquera E. La asistencia a pacientes crónicos y pluripatológicos. Magnitud e iniciativas para su manejo: la Declaración de Sevilla. Situación y propuestas en Galicia. Galicia Clin. 2012; 73 (Supl.1): S7-S14.
2. Corrales-Nevado D, Alonso-Babarro A, Rodríguez-Lozano MÁ. Continuidad de cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales. Informe SESPAS. 2012.
3. Departamento de Sanidad y Consumo. País Vasco: transformando el Sistema de Salud, 2009 – 2012. Gobierno Vasco. Disponible en:
http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85skprin01/es/contenidos/informacion/principios_programaticos/es_sanidad/adjuntos/transformando_sistema_salud.pdf
4. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Hospitalizaciones Potencialmente Evitables por condiciones que afectan a pacientes crónicos o frágiles. Gobierno de Aragón, 2015. Disponible en <http://www.atlasvpm.org/atlas-hospitalizaciones-potencialmente-evitables>
5. Miguélez Chamorro A; Ferrer Arnedo C. La enfermera familiar y comunitaria: referente del paciente crónico en la comunidad. Enferm Clin. 2014;24(1):5-11.
6. Miguélez Chamorro, Angélica. Desarrollar las competencias enfermeras en beneficio de la población, los profesionales y el sistema sanitario. Tesela [Rev Tesela] 2009. Disponible en <http://www.index-f.com/tesela/ts6/ts7250.php>
7. Carmen Fuentelsaz Gallego. Visita domiciliaria programada de enfermería a personas mayores de 65 años. Instituto de Salud Carlos III. Subdirección General de Investigación Sanitaria Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-isciii) Ministerio de Sanidad y Consumo 2002
8. Puig Llobet M. Calidad de vida, felicidad y satisfacción con la vida en personas ancianas de 75 años atendidas en un programa de atención domiciliaria. Rev. Latino-Am. Enfermagem 19(3):[08 pantallas] mayo-jun. 2011 www.eerp.usp.br/rlae
9. Enfermería en Atención Primaria [Servicio Madrileño de la Salud]. Biblioteca Lascasas, 2005;. Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0079.php>
10. Roberto del Sacramento Hernández Pérez. La Enfermera Comunitaria en la Atención Sociosanitaria. Rev. Ene n1 dic 2007 disponible <http://enfermeros.org/revista/index.html15>
11. Pilar Enseñat Grau, Francisco Cegri Lombardo. Atención al paciente complejo en el domicilio. JANO 13 DE MARZO DE 2009. Núm. 1.729. Disponible en: www.jano.es

12.- El Plan de Mejora de la Atención Domiciliaria de Andalucía, 2004. Servicio Andaluz de Salud. Disponible en:

http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/gestioncalidad/Estrat_MejoraAtDomiciliaria.pdf

13.-Corrales-Nevado,Dolores; Alonso-Babarro, Alberto; Rodríguez-Lozano, María Ángeles. Continuidad de cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales. Informe SESPAS 2012

14.- Isabel Toral López. Estrategias de mejora de la efectividad de la atención domiciliaria a personas incapacitadas y sus cuidadores. La enfermera comunitaria de enlace. Comunidad. Publicación periódica del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria, 6. Barcelona: SemFYC, 2003. Disponible en:

http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/6/documentos_estrategias.pdf

15.- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe anual del Sistema Nacional de Salud, 2015 Disponible en:

http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/Inf_Anual_SNS_2015.pdf