



Fundación
Edad & Vida

fundación
Tecnología y Salud



PROYECTO HOMECARE

“MODELO DE FUTURO:
TECNOLOGÍA DOMICILIARIA
PARA EL APOYO DE LA
ATENCIÓN SOCIAL
Y SANITARIA”



Informe coordinado por:

Amapola Carballido, Gerente de Fundación Tecnología y Salud.

Raúl Vaca Bermejo, coordinador técnico de Fundación Edad&Vida.

Sara Martos, responsable de proyectos de Fundación Tecnología y Salud.

Carmen Aláez, adjunta a secretaría general de Fundación Tecnología y Salud.

María José Abraham, directora general de Fundación Edad&Vida.

Con la colaboración de:

Abbott, Air Liquide, Atenzia, Baxter, BD, Bexen Medical, Fresenius Kabi España, Hartmann, INDAS, Medtronic, Molnlycke, Oximesa Nippon Gases, Smiths Medical, Tunstall.

CARTAS INSTITUCIONALES

0.1. FUNDACIÓN TECNOLOGÍA Y SALUD	6
0.2. FUNDACIÓN EDAD&VIDA	7

CAPÍTULO 1. PRESENTACIÓN

1.1. JUSTIFICACIÓN DE LA INICIATIVA	9
1.1.1. CONTEXTO	9
1.1.2. OBJETIVO	9
1.1.3. COLABORACIÓN ENTRE FUNDACIÓN TECNOLOGÍA Y SALUD Y FUNDACIÓN EDAD&VIDA.....	10
1.2. ALCANCE.....	11

PARTE I. POLÍTICA SANITARIA Y GESTIÓN

CAPÍTULO 2. INTRODUCCIÓN

2.1. LA ATENCIÓN DOMICILIARIA	13
2.2. CRONICIDAD Y DEPENDENCIA.....	13
2.3. REDEFINICIÓN DE LOS MODELOS DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN: HACIA LA INTEGRACIÓN DE SERVICIOS SOCIO-SANITARIOS	14
2.4. EL PAPEL DE LA TECNOLOGÍA.....	15

CAPÍTULO 3. LA PERSONA MAYOR Y LA ATENCIÓN DOMICILIARIA

3.1. DEMOGRAFÍA ACTUAL Y DE FUTURO	17
3.2. PROCESO DE ENVEJECIMIENTO	17
3.2.1. NECESIDADES INTEGRALES	19
3.2.2. ENTORNO.....	20
3.3. EMPODERAMIENTO DE LAS PERSONAS	20
3.4. CUIDADORES DEL ENTORNO AFECTIVO DE LA PERSONA.....	21

CAPÍTULO 4. EL PACIENTE CRÓNICO Y LA ATENCIÓN DOMICILIARIA

4.1. PLATAFORMA DE ORGANIZACIONES DE PACIENTES	22
4.1.1. INTRODUCCIÓN	22
4.1.2. OBJETIVO: CUIDADOS PARA LA CALIDAD DE VIDA.....	22
4.1.3. MODELO DE ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA	23
4.1.3.1. CARACTERÍSTICAS DEL MODELO	23
4.1.3.2. INTEGRACIÓN DE LO SANITARIO Y LO SOCIAL: HISTORIA SOCIAL Y SANITARIA ACCESIBLE Y COMPARTIDA.....	25
4.1.3.3. REORIENTACIÓN DEL SISTEMA A LA ATENCIÓN DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA Y DOMICILIARIA	26
4.1.4. EL ACCESO Y LA RENOVACIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS.....	28
4.2. FORO ESPAÑOL DE PACIENTES	29

CAPÍTULO 5. ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN EN EL DOMICILIO

5.1. LA ATENCIÓN DOMICILIARIA EN LOS PLANES ESTRATÉGICOS DE SALUD	35
5.2. ESTRUCTURA Y FINANCIACIÓN DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA	35
5.3. ATENCIÓN DOMICILIARIA POR NIVELES ASISTENCIALES	37
5.4. EXPERIENCIA DE LOS USUARIOS	38
5.5. RETOS Y DIFICULTADES ENCONTRADAS: RECOMENDACIONES PARA EVITARLOS	38
5.6. MARCO EVALUATIVO Y VALORACIÓN DE LA CALIDAD	40
5.7. SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y TECNOLOGÍA DIGITAL Y SANITARIA	40
5.8. COSTE-EFICIENCIA DE LA ATENCIÓN EN EL DOMICILIO	41
5.9. ANÁLISIS DE LOS COMPONENTES DEL PLAN ESPAÑA PUEDE RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN DOMICILIARIA	42
5.9.1. COMPONENTE 18. RENOVACIÓN Y AMPLIACIÓN DE LAS CAPACIDADES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	42
5.9.2. COMPONENTE 22. PLAN DE CHOQUE PARA LA ECONOMÍA DE LOS CUIDADOS Y REFUERZO DE LAS POLÍTICAS DE INCLUSIÓN	42
5.9.3. DESCRIPCIÓN DEL MAPA DE INVERSIONES	43

PARTE II. SOLUCIONES

CAPÍTULO 6. VALOR DE LA TECNOLOGÍA: ¿QUÉ SE PUEDE HACER Y NO SE ESTÁ HACIENDO?

6.1. TERAPIAS Y SOLUCIONES DISPONIBLES: SITUACIÓN ACTUAL	47
6.1.1. UN MUNDO CAMBIANTE Y CADA VEZ MÁS ENVEJECIDO	47
6.1.2. TERAPIAS Y SOLUCIONES DISPONIBLES EN EL ÁMBITO DOMICILIARIO	47
6.2. EXPERIENCIAS DE USO	48
6.2.1. DEFINICIÓN DE LOS PERFILES	48
6.2.2. TERAPIAS Y SOLUCIONES, PARA TODOS	48
6.2.3. APORTACIONES DE LA TECNOLOGÍA EN EL FUTURO. TECNOLOGÍAS EMERGENTES	75
6.3. RETOS EN LA GESTIÓN DE LA INNOVACIÓN TECNOLÓGICA	75
6.3.1. INCORPORACIÓN DE SOLUCIONES TECNOLÓGICAS EN LA ATENCIÓN DOMICILIARIA DURANTE LA PANDEMIA	75
6.3.2. OPTIMIZACIÓN DE PROCESOS. MEJORAS EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE Y CONTROL ADECUADO DE LAS TERAPIAS	76
6.3.3. MODELO DE GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA	77
6.4. NECESIDADES DE FORMACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE PROFESIONALES SANITARIOS Y DE PACIENTES	77
6.4.1. FORMACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS	77
6.4.2. EMPODERAMIENTO: CAPACITAR Y DAR PODER A LAS PERSONAS	78
6.5. MARCO REGULADOR	80
6.5.1. DEFINICIÓN DE PRODUCTO SANITARIO	80
6.5.2. MARCADO CE	81
6.5.3. REGULACIÓN DE LOS PRODUCTOS SANITARIOS	81
6.5.4. PAPEL DE LA TECNOLOGÍA SANITARIA EN LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA	82
6.6. COMPRA INNOVADORA (SERVICIOS TRANSVERSALES E INTEGRALES)	82

CAPÍTULO 7. EFICACIA ECONÓMICA

7.1. VENTAJAS QUE APORTAN LAS TERAPIAS Y LAS SOLUCIONES TECNOLÓGICAS EN LA GESTIÓN ECONÓMICA DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA	83
7.2. AHORRO DE COSTES. USO EFICIENTE DE LOS RECURSOS	83
7.3. IMPORTANCIA DE INDICADORES: MEDICIÓN Y SEGUIMIENTO	84

CAPÍTULO 8. CONSIDERACIONES FINALES: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

8.1. ATENCIÓN DOMICILIARIA: COORDINACIÓN DE LOS ÁMBITOS SOCIAL Y SANITARIO	85
8.2. ASEGURAR UN MODELO SOSTENIBLE DE BIENESTAR PARA EL FUTURO SIENDO LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS LAS QUE APUESTEN POR SISTEMAS DE INNOVACIÓN SANITARIA Y SOCIAL	85
8.3. TRANSFORMACIÓN DIGITAL EN LA ATENCIÓN DOMICILIARIA	85
8.4. NECESIDAD DE COORDINACIÓN SOCIAL Y SANITARIA	87
8.5. PROGRAMAS INTEGRALES DE ACTUACIÓN EN EL DOMICILIO	87
8.6. EMPODERAMIENTO DE LOS USUARIOS: IMPLICACIÓN Y EXPERIENCIA	88
8.7. MARCO EVALUATIVO Y VALORACIÓN DE LA CALIDAD	88

CAPÍTULO 9. EPÍLOGO: LA VISIÓN DE OTRAS ENTIDADES

9.1. ASOCIACIÓN ESTATAL DE SERVICIOS RESIDENCIALES DE LA TERCERA EDAD (AESTE)	89
9.2. CENTRO DE REFERENCIA ESTATAL DE AUTONOMÍA PERSONAL Y AYUDAS TÉCNICAS (CEPAT)	90
9.3. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS FARMACÉUTICOS: EL PAPEL DE LA TECNOLOGÍA Y DE LA FARMACIA EN LA DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS EN LA ATENCIÓN DOMICILIARIA	93

CAPÍTULO 10. ANEXOS

10.1. CUESTIONARIO UTILIZADO PARA EL ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA POR COMUNIDAD AUTÓNOMA	95
10.2. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA POR CCAA	97
10.3. LA ECONOMÍA DE LOS CUIDADOS EN LOS PLANES DE RECUPERACIÓN DE LAS CCAA (FONDOS NEXT GENERATION EU)	125
10.4. BIBLIOGRAFÍA	139
10.5. NOTAS AL PIE DE PÁGINA	142

FUNDACIÓN TECNOLOGÍA Y SALUD

Tan lejos... tan cerca del hospital.

El envejecimiento de la población, el incremento de la esperanza de vida y el aumento de los pacientes crónicos y pluripatológicos plantean numerosos retos a nuestro sistema sanitario desde hace años. Por ello, hoy en día es más necesario que nunca proporcionar a todos y a cada uno de los pacientes unos cuidados sociosanitarios adecuados que garanticen los mejores resultados en salud.

Más allá del objetivo primario de prolongar la longevidad de la población, los esfuerzos han de encaminarse especialmente a ofrecer la máxima calidad de vida posible para que los pacientes y su entorno vivan y convivan con su enfermedad, anticipándose a sus síntomas, manteniéndola bajo control, evitando riesgos mayores... y, en definitiva, integrándola dentro de una vida lo más plena y normal posible. Y ahí es donde la atención domiciliaria puede y debe desempeñar un papel relevante, además de por todo lo anterior, por los enormes beneficios que implica en términos psicosociales y emocionales

Mayoritariamente, los ciudadanos expresan su preferencia acerca de continuar viviendo en sus domicilios el máximo tiempo posible y, en este contexto, la Tecnología Sanitaria es imprescindible como un modulador entre las necesidades concretas de las personas y los recursos del sistema. Se trata pues de concebir la atención domiciliaria como una solución para que determinados grupos de pacientes puedan mantener el equilibrio entre el control de su enfermedad, sus necesidades, sus preferencias y deseos, el ambiente en el que vive y los recursos de los que dispone.

Las continuas innovaciones tecnológicas y las soluciones de salud digital han hecho posibles avances en el ámbito de la asistencia domiciliaria cuya piedra angular es la Tecnología Sanitaria. Se trata de innovaciones que han permitido la aparición y la evolución de nuevas formas de asistencia y de atención hospitalaria no presenciales que dan preferencia a la asistencia ambulatoria y en domicilio.



Desde su creación en el año 2007, la Fundación Tecnología y Salud impulsa o participa en numerosos proyectos e iniciativas con el fin de mejorar la salud de la población española, aumentar la prevención y el autocuidado de la salud, promover la seguridad de los pacientes, facilitar el trabajo de los profesionales sanitarios y, en general, mejorar la atención sanitaria. Objetivos todos alineados con el informe que tienen en sus manos y que pretende poner el foco en la importancia de la atención domiciliaria en el contexto sanitario actual y, sobre todo, plantear soluciones que mejoren el acceso y el conocimiento acerca de las tecnologías vinculadas a este ámbito. Un proyecto que ha sido posible gracias a una fructífera colaboración con la Fundación Edad&Vida, un partner de gran valor añadido con quien ha sido un gran placer colaborar y trabajar codo a codo, compartiendo conocimientos y aprendiendo mutuamente. Mi reconocimiento y agradecimiento a todo su equipo.

En definitiva, este proyecto expone las razones por las que se debería apostar por un modelo de asistencia sanitaria no presencial en determinados grupos de población, tanto por sus beneficios para los pacientes, como por su potencial para aliviar la carga asistencial de un sistema especialmente tensionado en estos últimos años. Su importancia es pues máxima ya que plantea ventajas y oportunidades que deberían ser explorados desde la visión compartida con los Servicios de Salud, los profesionales sanitarios, los pacientes y las empresas de Tecnología Sanitaria, que aportan innovaciones tecnológicas que han logrado que los pacientes estén al mismo tiempo tan lejos y tan cerca de sus hospitales.

Margarita Alfonsel
Secretaria del Patronato de la Fundación Tecnología y Salud

FUNDACIÓN EDAD&VIDA

Hoy en día, nuestra longevidad como individuos es algo que se acepta de forma natural. Además, hemos conseguido retrasar la aparición de enfermedades graves limitantes en cuanto al grado de autonomía y dependencia de las personas. En este contexto, es cuando más sentido tiene la misión de una entidad como Fundación Edad&Vida, que no es otra que promover el conocimiento y la innovación tendentes a la búsqueda de soluciones adecuadas y específicas para la mejora de la calidad de vida de las personas mayores, impulsando la interacción entre los diferentes agentes sociales y Administraciones Públicas para dar respuesta a los retos económicos y sociales del envejecimiento de la población. Favorecer un envejecimiento activo; defender el buen trato a las personas mayores; que estas dispongan de la capacidad económica suficiente para cubrir sus necesidades y llevar a cabo sus proyectos; así como impulsar una atención adecuada a sus necesidades sociales, emocionales y de salud, incluyendo un final de vida digno y en paz, son causas que defendemos todos los que formamos parte de la gran familia que es Edad&Vida.

Dentro de las diferentes acciones que realizamos en nuestra Fundación, se contempla el establecimiento de relaciones y la realización de diferentes proyectos e iniciativas de manera colaborativa con otras organizaciones y entidades para alcanzar nuestros objetivos comunes. De esta forma, la cooperación con Fundación Tecnología y Salud, aunque siendo una institución de naturaleza diferente a la de Edad&Vida, se estableció como una relación natural entre dos entidades que pretenden mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas.

En el proceso de realización de este informe hemos aprendido a expresarnos en un lenguaje común; hemos compartido la responsabilidad del proyecto y, por lo tanto, hemos adquirido compromisos ante nosotros mismos y ante las organizaciones que han financiado el informe; también hemos aprendido a adaptar nuestros flujos y ritmos de funcionamiento interno.

Gracias a este esfuerzo colaborativo, hemos conseguido amplificar y magnificar nuestro alcance al llegar a entidades a las que, tradicionalmente, nos costaba más esfuerzo interpelar; nos ha permitido ser más eficientes y sostenibles y, lo más significativo, nos ha obligado a desarrollar nuevas habilidades y adquirir nuevos conocimientos para las iniciativas y proyectos futuros.

No quisiéramos olvidarnos de agradecer tanto a la Fundación Tecnología y Salud, como a las diferentes entidades que han patrocinado este trabajo, el haber confiado en Fundación Edad&Vida para que aportásemos nuestra visión en un tema tan sensible como la atención sociosanitaria en el domicilio a las personas mayores y/o personas en situación de dependencia.

Sin ánimo de desvelar anticipadamente el contenido del informe, actualmente se ha producido un cambio en el perfil tradicional de las personas que envejecen y de las que tienen algún tipo de enfermedad crónica. Además, se reconoce la necesidad de atender integralmente a las múltiples dimensiones de la persona (estado físico o de salud clínica, el estado psicológico y emocional, el estado social e interrelacional, la espiritualidad, el contexto físico y económico en el que una persona vive, etc.). La respuesta a las necesidades que se deriven de cada una de estas dimensiones y su grado de ajuste con los deseos y preferencias de las personas marcarán los niveles de bienestar y calidad de vida de las personas atendidas.

En este contexto complejo y dinámico es donde tienen un papel central la tecnología y las diferentes soluciones existentes para la prevención en salud; vigilancia, monitorización y seguimiento de indicadores de emergencia; la intervención precoz y el manejo de patologías crónicas; la promoción de hábitos saludables y formación en salud; la reducción del aislamiento social; compartir los datos relevantes de una persona para mejorar su proceso de atención.



Así, en este documento analizamos la situación y necesidades de las personas mayores y de las personas con algún tipo de enfermedad crónica a lo largo de su vida. Además, analizamos las oportunidades que la tecnología sanitaria brinda en la apuesta de la atención a estas personas en su propio domicilio. Finalmente, hay un apartado en el que se estudia la situación actual y planes de futuro de la atención domiciliaria sanitaria y social en ámbito domiciliario en todas las comunidades autónomas. El objetivo final es poder extraer una serie de conclusiones y aprendizajes que serían el modelo ideal de atención domiciliaria social y sanitaria y, por supuesto, del papel de la tecnología en él, que pudieran extrapolarse, con las modificaciones precisas en cada caso, a otras comunidades.

Confiamos en que este trabajo os resulte interesante y sirva para sensibilizar y concienciar a todos los agentes del ámbito sociosanitario y a la sociedad en su conjunto sobre la importancia de optimizar los niveles, servicios y el sistema de provisión de atención a las personas mayores y a aquellas con algún tipo de enfermedad crónica que desean, de forma mayoritaria, recibir los cuidados que precisan en su propio domicilio.

Joaquim Borrás Ferré
Presidente de Edad&Vida

CAPÍTULO 1.

PRESENTACIÓN

1.1. JUSTIFICACIÓN DE LA INICIATIVA

1.1.1. CONTEXTO

La atención domiciliaria constituye un conjunto de actividades de carácter sociosanitario y de ámbito comunitario que se realiza en el domicilio de la persona con la finalidad de detectar, valorar, dar apoyo y hacer un seguimiento de la persona con problemas de salud y de su familia potenciando su autonomía y la calidad de vida.

En los últimos años, con la llegada del siglo XXI y las transiciones demográfica y epidemiológica que lo caracterizan, la cronicidad y la fragilidad de larga evolución son cotidianas en la atención primaria obligando a este modelo de atención a cambiar considerablemente. Se ha producido, además, un cambio en el tipo de patología que se atiende. Hasta hace poco la atención domiciliaria se dirigía a la atención de pacientes con procesos agudos, pero actualmente el envejecimiento de la población y el incremento del número de personas con perfil pluripatológico hace necesario rediseñar los procesos dirigidos a su atención con el apoyo y las herramientas que ofrece la tecnología sanitaria.

Nos encontramos ante una nueva realidad y ante el reto de proporcionar a estas personas una asistencia de calidad en su domicilio que trate de satisfacer sus necesidades clínicas, cognitivas, emocionales y sociales del día a día, o dicho de otro modo, que responda a sus necesidades integrales. Una asistencia que incorpore un enfoque preventivo, para anticiparse al probable deterioro físico, psicológico y social de las personas, manteniendo un estilo de envejecimiento activo y saludable en la medida de lo posible, así como un enfoque evolutivo, para poder ir acompañando a la persona usuaria en sus previsibles cambios.

Debemos repensar y adaptar la prestación sanitaria y social de las personas con necesidades complejas y para ello el sistema sanitario debe reorientarse, proporcionar la formación necesaria y apostar por las tecnologías que permiten la atención domiciliaria y el control y seguimiento remoto de los pacientes, reduciendo siempre que sea posible el número de consultas presenciales y hospitalizaciones por agudizaciones del proceso crónico lo que además

reduce la presión asistencial. También se puede contar con la colaboración de los profesionales sanitarios próximos a los domicilios de las personas para prestar determinado tipo de servicios.

Las previsiones del envejecimiento de la población general, los avances de las tecnologías de la información y comunicación y las preferencias y valores de los pacientes serán los factores moduladores de los cambios venideros.

Esas soluciones tecnológicas van a desempeñar un importantísimo papel para que los profesionales que atienden a las personas que viven en su propio domicilio, de manera más o menos independiente, puedan disponer de manera inmediata de los resultados de las pruebas diagnósticas y, por lo tanto, ofrecer una asistencia de mayor calidad y capacidad resolutive.

En este contexto, **la tecnología brinda la oportunidad de proveer una atención integrada que responda a las necesidades integrales de las personas en su propio domicilio en consonancia con sus deseos y preferencias manifiestas.** No obstante, debe ser también objetivo de estos nuevos modelos el extender la seguridad y el confort del domicilio a cualquier otra parte del entorno de la persona usuaria. Adaptando las soluciones y tecnologías para que sirvan y sean amigables en cualquier contexto en el que viva y esté la persona.

1.1.2. OBJETIVO

Bajo esta realidad, la Fundación Tecnología y Salud y la Fundación Edad&Vida desean desarrollar una estrategia dirigida a sensibilizar y concienciar a los agentes de los ámbitos sanitario y social y a la sociedad en general, sobre la importancia de la tecnología sanitaria para el apoyo de la atención social y sanitaria y sobre el valor y los beneficios que aporta en el ámbito domiciliario.

El objetivo de este informe es poner de manifiesto la importancia de la atención domiciliaria y plantear soluciones que mejoren el acceso y conocimiento acerca de las tecnologías vinculadas a este ámbito incidiendo en el control, bienestar y la mejora de la calidad de vida de los pacientes.

Con este informe se pretende, por tanto, analizar la situación actual, conocer las necesidades y plantear

recomendaciones para su mejor abordaje. Es por ello que este Plan se estructurará en dos grandes bloques: un primer bloque centrado en “política sanitaria y gestión” y un segundo bloque centrado en las “soluciones disponibles”, ambos interrelacionados en todo momento.

1.1.3. COLABORACIÓN ENTRE FUNDACIÓN TECNOLOGÍA Y SALUD Y FUNDACIÓN EDAD&VIDA

La **Fundación Tecnología y Salud** es una entidad sin ánimo de lucro creada en el año 2007 e impulsada por la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (Fenin), organización empresarial representante de un sector estratégico y esencial en la respuesta a la grave crisis sanitaria producida como consecuencia de la COVID-19, cuyo fin primordial es promover el conocimiento y el acceso de la sociedad a soluciones tecnológicas que

contribuyan a la mejora de la salud y de la calidad de vida, así como facilitar y hacer más seguro su uso para los profesionales de la sanidad y los pacientes.

Representa el compromiso social del sector de tecnología sanitaria con la mejora de la salud y de la calidad de vida de los ciudadanos y con el conocimiento sobre el valor y los beneficios que la Tecnología Sanitaria aporta en la prevención, diagnóstico, tratamiento y control de enfermedades, y al sistema sanitario.

La **Fundación Edad&Vida** tiene por misión promover el conocimiento y la innovación tendentes a la búsqueda de soluciones adecuadas y específicas para la mejora de la calidad de vida de las personas mayores, impulsando la interacción entre los diferentes agentes sociales y Administraciones Públicas.

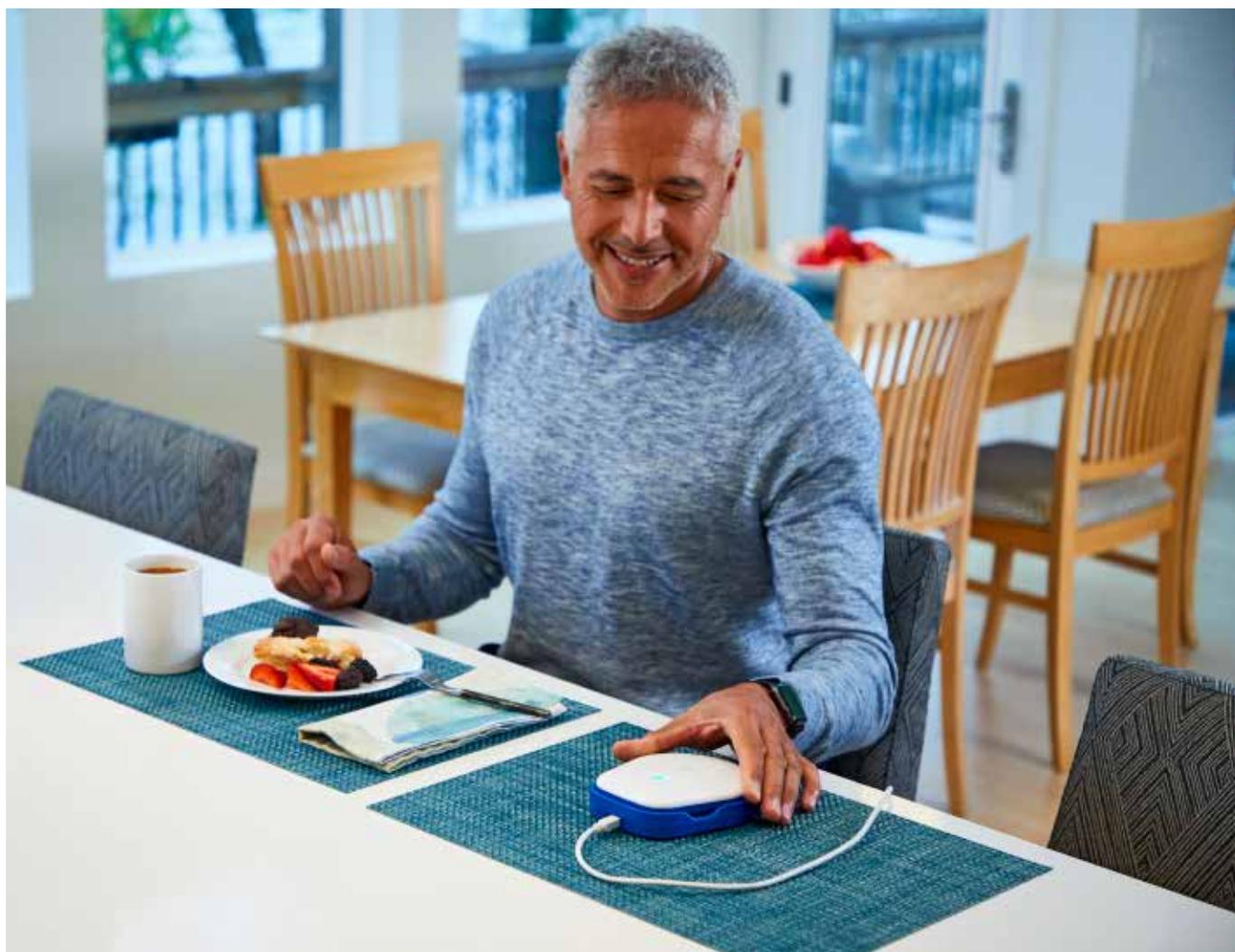


Imagen cedida por Medtronic

La razón de ser de la Fundación Edad&Vida es promover la corresponsabilización, y el equilibrio, entre el sector público y la iniciativa privada con el fin de dar respuesta a los retos económicos y sociales del envejecimiento de la población. Nace con el propósito de contribuir a interrelacionar el espacio público y privado en la promoción de actuaciones dirigidas a dar una respuesta efectiva a las necesidades de las personas mayores del futuro.

Ambas fundaciones han desarrollado y coordinado esta publicación, respondiendo a sus respectivas misiones fundacionales, con el objetivo común de poner de manifiesto la importancia de la atención domiciliaria y que plantee un nuevo modelo de futuro con la ayuda y desarrollo de todo el potencial que la tecnología sanitaria puede aportar.

1.2. ALCANCE

Existe una preferencia mayoritaria de las personas a vivir el máximo tiempo posible en su propio domicilio y es aquí donde **la tecnología sanitaria desempeña un papel** fundamental contribuyendo a ese objetivo, actuando como un **modulador entre las necesidades concretas de las personas y los recursos del entorno**, buscando que éste sea el adecuado para permitir que la persona viva en él sin recurrir a otros recursos asistenciales como un centro residencial o a cambiar de domicilio.

El desarrollo de la atención domiciliaria se plantea como una solución para que las personas con patología crónica o las personas mayores que presenten una determinada situación de dependencia puedan mantener el equilibrio entre el control de su enfermedad, sus necesidades, sus preferencias y deseos, el ambiente en el que viven y los recursos de los que dispone.

En el contexto de la pandemia, las soluciones de Salud Digital han permitido, por ejemplo, la mejora de la gestión clínica de los pacientes con coronavirus, liberar recursos, evitar reingresos e identificar a los pacientes con COVID-19 que, por su sintomatología, carga de morbilidad o complejidad clínica, han podido ser atendidos preferentemente en sus domicilios, aligerando la carga asistencial de los hospitales en el momento de mayor tensión del sistema sanitario. Por otro lado, y de la misma forma, los servicios sociales también han proporcionado y permitido la continuidad de los apoyos y cuidados en el domicilio de las personas y han contribuido a

evitar un colapso mayor y descongestionar, en parte, los servicios y recursos de carácter más sanitario. Así, servicios como la teleasistencia se han configurado como un recurso fundamental para la atención ininterrumpida de las personas en situación de mayor vulnerabilidad durante la pandemia.

Y precisamente, entre las prioridades fundamentales del sector de Tecnología Sanitaria para la reactivación del sistema sanitario y de la actividad asistencial, se encuentra el impulso de la atención domiciliaria. Para hacer sostenible y mejorar nuestro sistema sanitario es clave fomentar la atención domiciliaria de forma homogénea en todo el territorio nacional, crucial ante el aumento del envejecimiento y ante sus necesidades asociadas a la discapacidad y dependencia, así como mejorar el alcance y la intensidad de la atención a domicilio en el entorno rural o alejado de las ciudades.



Imagen cedida por Abbott

PARTE 1

POLÍTICA SANITARIA Y GESTIÓN

CAPÍTULO 2.

INTRODUCCIÓN

2.1. LA ATENCIÓN DOMICILIARIA

Existe cierto consenso en definir a la atención domiciliaria como aquel conjunto de intervenciones que, centrándose en la valoración de las características y necesidades de las personas, su entorno afectivo más próximo y su vivienda, tiene un papel importante en la prevención y promoción de su salud y que se provee en su propio entorno habitual, esto es, en su domicilio. Tal y como afirman Martínez-Riera y Gras-Nieto⁴¹, la atención domiciliaria permite valorar no solo el entorno en el que viven las personas y detectar posibles riesgos, sino también observar y analizar el contexto en el que la persona está inmerso, comprender sus realidades sociales y su relación con la comunidad.

Por otro lado, este tipo de atención, en tanto que es una actividad comunitaria, supone dar el protagonismo a sus receptores, a las relaciones que establecen con otros actores presentes en la comunidad, tales como redes de voluntarios, asociaciones de pacientes, otros agentes públicos y privados de diferentes sectores de la salud y los cuidados, etc. Todo ello tiene como resultado una mayor consciencia de reparto de las responsabilidades en los cuidados especializados, tanto individuales, como colectivas.

Dicho de otro modo, la atención domiciliaria provee asistencia continuada para responder a las necesidades integrales de la persona en su propio entorno. **En este tipo de intervención se incluyen acciones dirigidas a la promoción de la salud, la prevención en la aparición de problemas sociales y sanitarios y la provisión de cuidados y/o apoyos necesarios para la persona mediante un equipo multidisciplinar altamente coordinado** en el que se establece una relación de corresponsabilidad con la persona atendida y con los miembros de su entorno afectivo.

Es preciso en este momento diferenciar la atención domiciliaria de la hospitalización domiciliaria, entendiendo que esta última busca proporcionar al paciente una serie de cuidados altamente especializados propios del ámbito hospitalario, con los mismos recursos, instrumentos, personal

y calidad, en su entorno domiciliario. Se trata de trasladar al hogar del paciente los servicios y la tecnología necesarios para su tratamiento o recuperación en igual cantidad y calidad que en el hospital, fomentando su participación activa y la de sus familiares o cuidadores en el proceso terapéutico. Además, la atención domiciliaria es un proceso continuado y mantenido en el tiempo frente a una atención más puntual y específica que sería la hospitalización a domicilio.

Por otra parte, el incremento de la demanda de servicios y del gasto para la salud, los cambios demográficos, sociales y de los patrones de morbilidad, y las constantes innovaciones en el campo de la tecnología, están estimulando la aparición y difusión de nuevas formas de asistencia y atención hospitalaria dando preferencia a la asistencia ambulatoria y favoreciendo la transferencia del paciente del hospital a su entorno familiar, mejorando su atención y logrando una utilización más eficiente de los recursos.

Siendo conscientes de que muchos de los elementos de la hospitalización domiciliaria pueden ser extrapolables a la atención domiciliaria, en este documento nos centramos en esta última por considerarla conceptualmente más amplia dando cabida a un número mayor de agentes.

2.2. CRONICIDAD Y DEPENDENCIA

A medida que aumenta la esperanza de vida aumenta la posibilidad de envejecer con alguna enfermedad crónica o hacerlo con algún tipo de dependencia. La Unión Europea establece como directriz a todos los países miembros, que el enfoque para responder a los retos y necesidades que surgen de la gestión de la cronicidad implica una respuesta integrada centrándose en la prevención en todos los sectores, combinada con los esfuerzos para fortalecer los sistemas de salud en la gestión de estas enfermedades⁵⁰.

Según los resultados de la Encuesta sobre Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa (Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe, SHARE^a) alrededor del 37% de las personas de 65 y más años informan tener al menos 2 enfermedades crónicas de media entre los países de la Unión. Las mujeres informan de pluripatología crónica con mayor frecuencia que los hombres (41% versus 32% de media). Tal y como se esperaba, la prevalencia de las enfermedades crónicas aumenta con la edad.

Así, entre las personas con 80 y más años el 56% de mujeres y el 47% de los hombres informan de pluripatología⁵⁰.

No obstante, es preciso tener en mente que, a diferencia de lo que podía ocurrir hace unas décadas, envejecer con alguna enfermedad crónica no implica un aumento de las situaciones de dependencia en estas personas. Según los datos de la citada encuesta, únicamente alrededor de un 30% de las personas de 65 y más años manifiestan tener dificultades en algún tipo de actividades de la vida diaria, ya sean básicas (como el aseo o comer) o instrumentales (como hacer la compra, cocinar o lavar la ropa). Además, se ha observado que, de media, las mujeres informan más a menudo de estas limitaciones que los hombres, en concreto un 34% de las mujeres frente al 24% de los hombres. Esto puede ser debido a que las mujeres también tienen mayor incidencia informada de enfermedades crónicas que pueden limitar su funcionalidad, por ejemplo, enfermedades musculoesqueléticas que limiten sus movimientos.

Estas limitaciones en la funcionalidad de las personas son las que van a marcar la necesidad de que la persona reciba cuidados especializados de larga duración.

2.3. REDEFINICIÓN DE LOS MODELOS DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN: HACIA LA INTEGRACIÓN DE SERVICIOS SOCIOSANITARIOS

En nuestro entorno, ante la aparición de problemas como los anteriores de pérdida de la funcionalidad o de enfermedades crónicas que puedan llevar asociada la necesidad de unos cuidados intensos por parte de una tercera persona, tradicionalmente éstos se daban en el entorno familiar y por parte de los miembros más cercanos del entorno afectivo de la persona que los precisaba. Cuando estos cuidados excedían un determinado nivel de intensidad o bien los cuidados del entorno familiar no estaban disponibles, se recurría a cuidados especializados en instituciones, normalmente en centros de día o, en casos de mayor intensidad, residencias para personas mayores.

Hoy en día, debido en primer lugar, a los cambios sociales experimentados en los últimos decenios que conllevan la disminución de la disponibilidad de estos cuidados en el entorno familiar y a cargo de los

propios miembros de dicho entorno; y, en segundo lugar, al cambio de perfil de la persona mayor que precisa estos cuidados (como veremos más adelante se observa un aumento en la formación, en sus recursos económicos, en su implicación en la toma de decisiones, etc.), se precisa un cambio en el modelo de lo que se ha denominado cuidados de larga duración. Esto es cuidados sociosanitarios especializados para personas que tienen algún tipo de limitación para satisfacer alguna de sus necesidades por sí misma, en cualquiera de sus esferas personales precisando de este modo la ayuda de una tercera persona y durante un período de tiempo incierto pero tendente a mantenerse en el tiempo.

En esta línea entre las principales recomendaciones que la Comisión Europea lanza a los países miembros en materia de salud se encuentra el fomento de la autonomía personal en todas las esferas de vida con especial hincapié en la prevención y en la atención a las situaciones de dependencia.

Tal y como señala el Consejo Económico y Social de España en su último informe⁸, existen una serie de retos comunes en relación con los cuidados de larga duración. En primer lugar, **habrá que responder a un progresivo aumento de la demanda de este tipo de cuidados y a la necesidad de su adaptación a una sociedad cada vez más envejecida y, parece esperable, con mayores niveles de dependencia y de cronicidad.** En segundo lugar, esta mayor demanda se dará en un contexto de aumento progresivo de la tasa de dependencia, esto es el porcentaje de población de 65 y más años con respecto a la población entre 15 y 64 años, es decir, con menor disponibilidad de población activa y con cambios socioculturales que puedan implicar la reducción de profesionales que se dediquen a los cuidados.

No podemos olvidar que, además, se deberá responder a estos retos manteniendo criterios básicos de universalidad en el acceso a los cuidados, calidad y sostenibilidad económica.

En este sentido, de un tiempo a esta parte y, especialmente tras la irrupción en nuestras vidas del SARS-CoV-2 y las diferentes consecuencias que ha tenido en las estructuras de nuestro estado de bienestar, se ha hecho evidente que es necesario redefinir un sistema que se ha basado en estructuras estancas y extremadamente fragmentadas,

tanto territorialmente (diferentes estructuras en función de las comunidades autónomas), como dentro de un mismo territorio (servicios sociales y sanitarios diferenciados y, en ocasiones, sin la adecuada comunicación y coordinación) y en el que predominan, o al menos se ha dado mayor protagonismo, a los niveles asistenciales especializados ajenos al entorno comunitario con especial prevalencia del entorno hospitalario.

Más allá de esta diferenciación conceptual se ha observado, especialmente a raíz de las dificultades generadas por la Covid-19 que esta diferenciación genera problemas de coordinación y gobernanza que se traducen en servicios y cuidados deficientes para el usuario final, además del aumento en el coste de los servicios.

Así, existe cierto consenso en considerar que la fragmentación, aún excesiva, del sistema de salud y las dificultades de integración entre los distintos eslabones del sistema y con los propios del sistema social impiden que se haga realidad el objetivo de situar a la persona en el centro del sistema, de manera que los servicios se adapten a sus necesidades y no al revés.

Es necesario diseñar un modelo de atención integrada, social y sanitaria, que articule adecuadamente la coordinación y transmisión de información dentro del sistema entre los responsables de los diferentes niveles y servicios asistenciales, para asegurar una atención óptima a la persona en el nivel preciso y evitar derivaciones innecesarias.

En este contexto de integración de cuidados la atención en el domicilio ha sufrido un infradesarrollo y ha contado con una gran escasez de medios si las comparamos con otros niveles, como la atención residencial u hospitalaria. Es necesario revertir esta situación lo antes posible, especialmente si tenemos en cuenta la gran potencialidad de la atención especializada en domicilios en cuanto a satisfacción con los cuidados, calidad de los mismos, bienestar y calidad de vida de las personas y sostenibilidad del sistema.

Si bien es cierto que el infradesarrollo de la integración de los servicios no quiere decir que no se hayan desarrollado servicios adecuados y que responden de manera ajustada, realista y eficiente a

las necesidades específicas, complejas y cambiantes de los usuarios que los necesiten. Nos referimos a los diferentes servicios sociales y sanitarios como la teleasistencia, telemonitorización, diferentes terapias e intervenciones a domicilio, servicios de provisión de medicamentos y productos sanitarios, etc. El reto actual radica en ser capaces de encontrar la forma de conectar todos esos servicios y establecer los mecanismos necesarios de coordinación y de cooperación que permitan compartir la información necesaria para prestar un servicio realmente integrado y conseguir que el usuario lo experimente como un único y gran servicio asistencial sin fragmentación.

Todo ello parece indicar que **es necesario y, quizás urgente, diseñar e implementar un modelo de atención integral e integrado en el domicilio que incluya a todos los agentes disponibles** tales como la atención primaria y especializada en salud, los servicios sociales comunitarios, otros recursos y servicios comunitarios de proximidad, las familias y potenciar la participación comunitaria a través de las asociaciones y voluntariado especializado. Evidentemente cada uno de estos actores tendrá un papel diferenciado y acorde con sus capacidades y competencia, y será diferente para cada territorio en función de su disponibilidad. Todo ello redundará en la mejora de los resultados obtenidos en la atención a las personas que lo necesiten, en su bienestar y en la eficacia del sistema.

Para ello sería necesario disponer de una serie de estrategias y herramientas concretas que permitan disponer de un modelo de atención integrada y centrado en las personas que viven en sus domicilios. Nos referimos al desarrollo de protocolos de coordinación realistas y eficientes entre diferentes niveles asistenciales y el establecimiento y puesta en marcha de todos los instrumentos y mecanismos que faciliten dicha asistencia integral como la historia clínica y social compartida, el establecimiento de canales de comunicación fluidos y rápidos entre los diferentes niveles, reuniones de coordinación y revisión de casos o conexión directa con los servicios sociales a través de una figura que ejerza de intermediaria, por señalar algunos ejemplos.

2.4. EL PAPEL DE LA TECNOLOGÍA

Finalmente, no podemos dejar de señalar el papel que las diferentes soluciones tecnológicas tendrán en

el desarrollo de la atención domiciliaria **aportando recursos que permitan optimizar sus diferentes procesos, tanto para la valoración de las necesidades, como para la intervención, vigilancia, evaluación de resultados como para facilitar la coordinación entre agentes implicados o fomentar las acciones de carácter preventivo.**

El desarrollo de las tecnologías de la comunicación, la aplicación de la telemedicina y la telemonitorización, así como las constantes mejoras en los dispositivos y procedimientos disponibles permiten optimizar en tiempos y recursos el abordaje y seguimiento de los pacientes y mejorar su calidad de vida.

Significa adentrarse en el papel que juega la tecnología sanitaria en el cuidado y mejora de la salud de los pacientes haciendo posible que lleven una vida con las menores limitaciones posibles, facilitando el trabajo diario de los profesionales sanitarios y reportando beneficios al sistema.

Más en detalle, a la luz de los resultados obtenidos en un estudio sobre hábitos de vida y salud³ en el que se incluye un apartado para el análisis de la tecnología y los cuidados de salud se establece que, durante el año 2020, inmersos en el contexto de la pandemia y en las diferentes medidas establecidas para contener la propagación del SARS-CoV-2, se ha evidenciado el papel y la importancia de la tecnología en los sistemas de

salud y de cuidado como un recurso “rápido, eficaz y permanente”.

Así, en dicho estudio³ se señala que el principal uso de las tecnologías en el ámbito de la salud se aplicaba a las consultas telemáticas con el médico de cabecera (73%) y a consultar información especializada (15%). En cuanto a las especialidades concretas, la telemedicina se ha usado en dermatología (7%), pediatría (7%), digestivo (6%), ginecología (6%) y psicología (5%). Además, al analizar este uso por generaciones, encuentran que la generación de la explosión demográfica de la segunda mitad del siglo XX son los que más usos han hecho de la telemedicina (un 35,9% de los encuestados de esta edad).

También en el estudio se analiza el uso de las aplicaciones (apps) en el cuidado de la salud, aunque no encuentran un aumento del uso con respecto a años anteriores. Así, el 22,1% de las personas encuestadas afirman utilizarlas para este fin. El principal uso que se hace de las apps se relaciona con la actividad física (65,1%), el deporte (46,5%), el control de constantes vitales (34,8%), control sanitario (14%) como consultas virtuales o el control de la alimentación y, finalmente, ejercicios de relajación y meditación (14%).

Finalmente, no se olvida el estudio de preguntar por el uso de la tecnología para la búsqueda de información sobre síntomas y el autodiagnóstico. Así, el 53% de la muestra afirma utilizar la tecnología con este objetivo, principalmente en buscadores o en redes sociales. Si bien es cierto que únicamente un 22% le da absoluta credibilidad a lo encontrado.



Imagen cedida por Fresenius Kabi

CAPÍTULO 3.

LA PERSONA MAYOR Y LA ATENCIÓN DOMICILIARIA

3.1. DEMOGRAFÍA ACTUAL Y DE FUTURO

Según datos la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre 2015 y 2050 la proporción de la población mundial de personas mayores pasará del 12% al 22% lo que representará el mayor envejecimiento poblacional de la historia. A nivel europeo, en 2019 un 20,3% de la población de la EU-27, más de una quinta parte, tenía 65 años o más. A nivel estatal, a fecha de 1 de julio de 2020 hay 9.303.070 personas de 65 y más años lo que sobre un total 47.351.567 habitantes representan el 19,65% de la población total. Mención especial merecen las personas de 85 y más años que representan el 3,3% de la población total alcanzando el número de 1.563.874. Estos números son el reflejo final de una tendencia continuada de los años 70 del siglo pasado en la que se observa claramente el aumento de la proporción de las generaciones mayores sobre el total de la población.

Además, se espera que esta tendencia se mantenga hasta más allá de mediados del presente siglo. En concreto, el INE estima que en 2068 habrá más de 14 millones de personas de 65 y más años que representarían el 29,4% de la población total a nivel estatal. Según estas proyecciones nos situaremos en la cabeza de Europa, junto con Italia, en cuanto a proporción de personas de 65 y más años.

Hoy en día, cuando ya han pasado dos decenios del siglo XXI, a nadie le sorprende que se hable del envejecimiento de la sociedad o del aumento de la longevidad humana. A lo largo del siglo XX se produjo unos de los mayores logros de nuestra especie y que no es otro que el aumento de la esperanza de la vida de los individuos, si bien es cierto que no es el único de los motivos por el que se ha producido este envejecimiento de la población.

Lo realmente positivo de este aumento de la esperanza de vida son las condiciones que acompañan a esos “años extra”:

- En primer lugar, en términos de salud, con el aumento de la longevidad se ha conseguido también retrasar la aparición de problemas de salud graves y limitantes, en cuanto a independencia y autonomía. Es cierto que esto se ha conseguido al cronificar ciertas enfermedades

y patologías que hace únicamente unas décadas eran mortales.

- En segundo lugar, se ha producido una mejora significativa del estatus económico de las personas que envejecen hoy en día con respecto a las que lo hacían hace unos años. Esta mejora en los recursos económicos va a determinar, sin ninguna duda, el estilo de vida de estas personas y el acceso a determinadas opciones impensables para generaciones anteriores.
- En tercer lugar, las personas que envejecen hoy en día poseen un nivel educativo elevado que les ha permitido ser más críticos en todo lo que puede tener un efecto en sus vidas cotidianas y, además, piden tener un papel central en la toma de decisiones sobre aspectos que les incumban directamente. Dicho de otro modo, se han empoderado y exigen que se respeten sus decisiones y preferencias, quieren ser protagonistas de su vida.
- En cuarto lugar, si nos centramos en sus condiciones y estilo de vida, se puede observar un aumento importante en el número de personas mayores que viven solas y de forma independiente con respecto a sus hijos.

Todos estos factores unidos dan lugar a un cambio en el perfil tradicional de persona que envejece.

3.2. PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

Una de las positivas consecuencias que trae consigo el envejecimiento de la población, es lo que se ha denominado como el aumento o reconocimiento de la diversidad del envejecimiento. Hasta hace poco tiempo, el criterio que se utilizaba para considerar a una persona como mayor o vieja, era simplemente una cuestión cronológica, esto es, cumplir una determinada edad. Esta concepción, utilizada todavía hoy en algunos ámbitos, no tiene en cuenta la situación personal de cada persona, su realidad, sus vivencias, sus emociones o, ni siquiera, sus capacidades. El resultado que encontramos es la homogeneización de un conjunto de personas, negando así la diversidad y necesidades reales y heterogéneas de las mismas. Heterogeneidad que se incrementará en la medida en que las nuevas generaciones vayan rebasando el límite que marcaba, tradicionalmente, la entrada en la vejez, es decir, a medida que cumplan 65 años. Este hecho, que ya se está produciendo hoy pero, como decimos, se incrementará en las próximas décadas hará que convivan varias generaciones dentro de una

misma etiqueta, inutilizando, de este modo, dicha categorización.

Sin ánimo de entrar en detalle, pues es de sobra conocido y no es el objeto de este informe, el primer intento serio de reconocer la diversidad del envejecimiento lo hizo la OMS en el año 2002 en el marco de su Segunda Asamblea Mundial de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento. En ella se diseñó un marco político para impulsar lo que se denominó como estrategia del envejecimiento activo, definido como “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con la finalidad de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen”⁵². Este

concepto parte del reconocimiento de las personas a “desarrollar su potencial de bienestar físico, social y mental y también de la capacidad de participar en la sociedad de acuerdo a sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que se les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesiten asistencia”⁵².

Esta concepción del envejecimiento parte del reconocimiento de la diversidad de realidades al explicitar que la situación y necesidades de los individuos varían en función de lo que denomina determinantes del envejecimiento activo (ver gráfica 1), es decir, aquellos factores que influyen en la vida de las personas.



Gráfica 1. Determinantes del envejecimiento activo⁵²

De esta forma, y de manera muy intuitiva, se explica cómo las diferentes combinaciones en los determinantes conllevarán asociadas diferentes necesidades, formas de afrontar y gestionar el envejecimiento lo que, a su vez, generará diferentes perfiles de personas, tradicionalmente llamadas mayores, que requerirán que las instituciones les traten de manera individualizada.

Se puede entender que, debido a la interacción de estos y otros determinantes, no se debe considerar a las personas de 65 y más años como un mismo grupo poblacional, sino que existe una amplia diversidad de perfiles entre ellos. Además, esta concepción del envejecimiento permite que se produzcan igualmente cambios en las necesidades individuales en una misma persona a lo largo del tiempo por efecto de las modificaciones en el peso de esos determinantes en dicha persona.

No obstante, es preciso señalar que durante el envejecimiento cristalizan los efectos de determinadas variables (predisposición biológica y genética, los efectos de hábitos de vida, condiciones socioeconómicas y ambientales en las que la persona ha vivido, etc.) observándose un aumento del riesgo de sufrir la confluencia de distintas enfermedades crónicas, entrando en un estado de comorbilidad que aumenta exponencialmente la fragilidad, la pérdida de calidad de vida y la dificultad del manejo clínico, en comparación con cada una de las enfermedades crónicas cuando se presentan de forma aislada. De este modo, **es imprescindible adoptar una estrategia de promoción de la salud y prevención de enfermedades y desigualdades sociales a lo largo de toda la vida y conceptualizar el envejecimiento no únicamente como la edad cronológica, sino desde una perspectiva más amplia que identifique, analice e intervenga en todo este conjunto de variables estrechamente interrelacionadas.**

3.2.1. NECESIDADES INTEGRALES

Ahora más que nunca se reconoce ampliamente en la sociedad que existen múltiples dimensiones que determinan lo que es una persona y su calidad de vida. Nos referimos a dimensiones como el estado físico o de salud clínica, el estado psicológico y emocional, el estado social e interrelacional, la espiritualidad, el contexto físico y económico en el que una persona vive, etc. Estas dimensiones son interdependientes las unas de las otras, de

tal manera que la acción conjunta de todas ellas determinará la sensación subjetiva de bienestar personal y calidad de vida de un individuo concreto. Así, se crea un entramado complejo de necesidades determinadas por la situación concreta de un individuo en un contexto físico, o ambiente en el que vive, que deberán ser satisfechas para optimizar sus niveles de bienestar.

Este aspecto es necesario tenerlo en cuenta en el diseño e implementación de políticas y actuaciones concretas de atención ya que se deberán tratar todos los ámbitos (la globalidad) que constituyen lo que es una persona y sus necesidades. De ahí, la **necesidad de implicar a diferentes agentes y actores, niveles asistenciales, servicios y recursos de manera transversal para atender a las necesidades de las personas de manera holística y suficientemente flexible como para permitir la máxima personalización de los mismos y no tengan la experiencia de fragmentación en los cuidados que reciben.**

Es necesario construir un lugar de encuentro y visión compartida entre todos los agentes del sector, impulsar la innovación así como la calidad y la seguridad, avanzar en el proceso de transformación digital, realinear los incentivos de profesionales, pacientes e instituciones sanitarias, facilitar la asistencia allí donde el paciente lo necesite, ser flexible en los roles profesionales y estructuras organizativas.

En este escenario, se hace imprescindible contar con la voluntad de todos los agentes para participar en foros de debate, particularmente en lo que tenga que ver con la definición de un marco legal adecuado en los ámbitos de seguridad y evaluación tecnológica, calidad y accesibilidad para todos los ciudadanos.

Por otro lado, el cambio en la relación profesional-paciente o profesional-profesional conlleva el desarrollo de nuevas formas de interacción a distancia que permitan desarrollar la actividad diagnóstica o terapéutica de forma no presencial, favoreciendo la accesibilidad al sistema sanitario. Los recursos deben distribuirse de forma mucho más eficiente. Para ello se hace necesario un correcto aprovechamiento de las ventajas que ofrecen las nuevas tecnologías. Lo que se pretende es contar con organizaciones sanitarias más centradas en las

necesidades de los pacientes y, al tiempo, una mayor eficiencia en la distribución de recursos.

3.2.2. ENTORNO

Unido a todo lo anterior, es de especial relevancia para nuestra actividad tener en cuenta las preferencias o deseos de las personas mayores ya que, en muchas ocasiones, matizarán o guiarán sus necesidades y conductas hacia unas opciones determinadas. Así, **el deseo mayoritario de las personas mayores es permanecer en su propia casa a medida que envejecen.**

En un estudio pionero a nivel estatal de la Fundación Edad&Vida que se realizó en 2005²³ ya se concluía que la gran mayoría de las personas desean envejecer en su propia casa, de manera independiente con respecto al resto de sus familiares; incluso algunas de ellas, en concreto las personas de entre 55 y 65 años, manifestaban el deseo de realizar los cambios estructurales o incorporar aquellos servicios necesarios que les ayudasen a garantizar esa vida independiente en sus domicilios.

Esta última aclaración refleja la consciencia por parte de las personas que envejecen de la necesidad de realizar algunos ajustes, en este caso en los aspectos ambientales y de servicios de apoyo, que les permitan satisfacer todas sus necesidades de una forma acorde con sus deseos y preferencias. La sensación subjetiva resultante de saber que se está respondiendo de manera integral a sus necesidades y que se respetan sus deseos será una de las experiencias que determinen en sentido positivo su nivel de bienestar.

En este contexto complejo y dinámico es donde tienen un papel central la tecnología y las diferentes soluciones existentes para la prevención en salud; vigilancia, monitorización y seguimiento de indicadores de emergencia; la intervención precoz y el manejo de situaciones complicadas y de patologías crónicas; la promoción de hábitos saludables y resolución de dudas cotidianas referidas a la salud personal; la reducción del aislamiento social; el cruce de resultados para compartir los datos relevantes de una persona para mejorar su proceso de atención; etc..

La tecnología permitirá adaptar y mejorar el entorno físico de la persona y le permitirá vivir de acuerdo con sus deseos. Dicho de otro modo, **las diferentes**

soluciones tecnológicas ayudarán a reducir el posible desequilibrio que pueda existir entre las necesidades de una persona, sus preferencias y deseos, y el entorno físico en el que vive. Así, se facilitará el empoderamiento de la persona en cuestiones de salud, a la vez que fomentamos su independencia física y autonomía decisoria.

Todo ello redundará en la mejora del bienestar y calidad de vida la persona, a la vez que se optimizan los costes de los cuidados especializados contribuyendo a la sostenibilidad del sistema.

3.3. EMPODERAMIENTO DE LAS PERSONAS

En los últimos años, con el desarrollo de los modelos de atención centrada en la persona, ha emergido con fuerza la defensa de la autodeterminación de la persona a la que se dirigen las intervenciones. Este concepto está estrechamente relacionado con el empoderamiento de las personas que podemos definirlo como “el proceso mediante el que las personas fortalecen sus capacidades y recursos personales adquiriendo un protagonismo activo en el impulso de cambios positivos en su vida”⁶⁶ o, más específicamente dentro del ámbito de la gerontología clínica y social como **“el proceso de promoción y defensa de la autonomía y participación activa y efectiva de las personas mayores en la gestión de los diferentes aspectos que conciernen directamente con su vida”**⁶⁷.

Así, se entiende que el empoderamiento ofrecerá a las personas oportunidades reales de implicación efectiva en la que la toma de decisiones suponga responsabilizarse de las tareas, decisiones o compromisos adquiridos. Esto es especialmente importante en lo que se refiere a la atención a las necesidades integrales de la persona y a la salud en particular. Además, en el ámbito domiciliario, la responsabilidad de los cuidados se traspasa a las propias personas, por lo que es más necesario desarrollar e impulsar el empoderamiento de las personas como herramienta para optimizar los resultados en su salud y en su calidad de vida.

Es necesario insistir en la importancia de revisar en los recursos comunitarios los modos de relación e intervención profesional hacia la potenciación de

relaciones igualitarias (entre profesionales y personas mayores) que favorezcan el desarrollo de cuidados y apoyos con el único objetivo de potenciar el proyecto vital de individuo a la vez que se responde a sus necesidades integrales.

Empoderar a las personas supone hacer una revisión en los roles que tradicionalmente se han otorgado, por un lado, a las personas mayores y, por otro lado, a los profesionales que los atienden.

Es preciso evolucionar hacia un modelo de colaboración en el que todos los intervinientes en el proceso de cuidado o apoyo se corresponsabilicen de las tareas, deberes y toma de decisiones asociadas a ello.

En la utilización de las tecnologías sanitarias en el ámbito domiciliario es esencial, debido a la todavía existente brecha digital con respecto al uso de las tecnologías por parte de las personas mayores, recordar el doble reto que plantea el empoderamiento de las personas mayores. En primer lugar, habría que capacitar a la persona, esto es, facilitar y desarrollar sus capacidades para permitir que se implique de forma óptima en todo el proceso de sus cuidados. En segundo lugar, hay que facilitar el ejercicio de esta capacitación, es decir, hay que darle el poder efectivo a la persona permitiéndole hacer uso de las capacidades que

tiene y, que desean utilizar para implicarse y ser los protagonistas de sus vidas y, por supuesto, también de sus cuidados.

3.4. CUIDADORES DEL ENTORNO AFECTIVO DE LA PERSONA

Ya hemos visto que los miembros del entorno afectivo de la persona que precisa los cuidados tendrán un papel relevante en la provisión de cuidados a las personas mayores que los precisen y vivan en su domicilio.

Así, es importante tenerlos en cuenta a la hora de planificar cualquier tipo de acción para incluirlos en los planes de formación y de apoyo a los cuidados en el hogar.

Además de la formación en habilidades técnicas y concretas del cuidado, será imprescindible desarrollar contenido sobre aspectos relacionados con el autocuidado y el bienestar personal.

En definitiva, se trata de implicarlos y favorecer su participación en todo el proceso para garantizar que se establecen la mejor relación interpersonal posible entre la persona y los miembros de su entorno afectivo para así optimizar las posibilidades de éxito de los cuidados y mantener los mayores niveles de calidad de vida posible.



Imagen cedida por HARTMANN

CAPÍTULO 4.

EL PACIENTE CRÓNICO Y LA ATENCIÓN DOMICILIARIA

4.1. EL PACIENTE CRÓNICO Y LA ATENCIÓN DOMICILIARIA

Autoría: Plataforma de Organizaciones de Pacientes

4.1.1. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la cobertura sanitaria universal como un derecho humano fundamental cuyo objetivo es asegurar que todas las personas reciben los servicios sanitarios que necesitan⁵³, lo que implica garantizar la equidad. Precisamente, para alcanzar esta equidad se deben abordar las causas de las desigualdades a un nivel profundo, a través de políticas sanitarias, sociales y económicas que aseguren el acceso y continuidad asistencial a los grupos más vulnerables, que son los que mayor riesgo corren.

Como parte de estos grupos vulnerables, se encuentran las personas con enfermedad crónica o síntomas cronicados que, en España, superan 9 millones de personas⁵⁸ y que pueden padecer una o varias patologías de tipo oncológico, renal, enfermedad rara o VIH-Sida, por citar algunos ejemplos.

Las enfermedades crónicas son generalmente de progresión lenta y de larga duración y conllevan una limitación en la calidad de vida de las personas afectadas y cuidadoras. Son causa de mortalidad prematura y pueden originar importantes efectos económicos en el seno familiar, en las comunidades y en el conjunto de la sociedad.

Entre los factores sociodemográficos más destacables, debe tenerse en cuenta el aumento de la esperanza de vida que, en España, es de 80,4 años en hombres y 86,2 años en mujeres⁴⁷. Nuestro país presenta uno de los índices de envejecimiento más altos de Europa y del mundo. En 2020, cerca del 19,4% de la población española tenía más de 65 años y este porcentaje podría llegar al 30% en tres décadas, incrementándose considerablemente el número de enfermos crónicos en el Sistema Nacional de Salud²⁵.

Con la irrupción del SARS-CoV-2, se ha suscitado un renovado interés por la asistencia domiciliaria (AD),

ya sea presencial o telemática, como medida para reducir el riesgo al contagio, especialmente, en el caso de pacientes con enfermedades crónicas que deben contar con especial protección en situaciones de crisis sanitaria como la actual, al tiempo que se alivia la presión en la asistencia presencial especialmente en los hospitales.

No debemos olvidar que los centros sanitarios son focos de infección no sólo del SARS-CoV-2, sino también de las bacterias resistentes y multirresistentes, siendo la prevención y el control de estos contagios, una de las prioridades en la salud pública europea. Así, el European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) estimó que, en Europa, alrededor de 3,2 millones de personas al año presentan infecciones (mayoritariamente bacterianas) asociadas a las instalaciones sanitarias²⁴.

Aunque en el contexto de la pandemia COVID-19, la atención se ha centrado sobre todo en los hospitales, tal y como se expone a lo largo del capítulo, **los servicios de atención primaria, de salud mental y otros agentes sociosanitarios como las asociaciones de pacientes han demostrado ser claves en tiempos de crisis, fomentando la resiliencia del sistema sanitario en el largo plazo.**

4.1.2. OBJETIVO: CUIDADOS PARA LA CALIDAD DE VIDA

La atención domiciliaria está integrada en la prestación sociosanitaria recogida en el artículo 14 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. La prestación sociosanitaria se define, en este artículo, como la atención que “comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social”.

El objetivo fundamental de la AD es mejorar la calidad de vida y nivel de salud del individuo acercando los servicios sanitarios a su entorno habitual.

Este modelo puede resultar especialmente beneficioso en procesos crónicos agudizados y en pacientes con patologías agudas o en estado

avanzado, así como pacientes que, por diversos factores, no pueden acudir a las consultas⁴².

Dentro del colectivo de pacientes crónicos, el grupo formado por mayores de 65 años es especialmente sensible y representativo, puesto que el 89,5% presenta alguna enfermedad o problema de salud percibido⁴⁴. Además, hace un mayor uso de los servicios sanitarios, pues casi el 50% acude a una consulta médica al menos una vez al mes⁴⁴.

La Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG)⁶⁵ en su revista Gaceta de mayo de 2020 publicaba un artículo en el que se reflexiona sobre la necesidad de potenciación de la atención primaria y la atención domiciliaria, especialmente en el tratamiento del paciente mayor con enfermedades crónicas. Se afirma que **será primordial que, para cada paciente mayor, tras una completa valoración geriátrica, se trace un plan de tratamiento consensuado entre especialistas y centrado en el paciente y sus preferencias más que en el proceso**. Así mismo, la continuidad en la atención incluyendo las fases de mayor fragilidad y dependencia será imprescindible y obligará a articular una **mayor integración entre las áreas sanitaria y social**.

En la actualidad son muchas las personas de edad avanzada con una o varias patologías que viven solas y que no cuentan con el apoyo de terceras personas ni de los servicios sociales. En numerosos casos, se ven imposibilitados a salir de su propio domicilio por problemas de movilidad. En España, el estudio del IMSERSO *Envejecimiento y soledad: Realidad y retos para el futuro* señala que existen 4,7 millones de hogares unipersonales, de los cuales el 42% están habitados por personas mayores de 65 años³⁶.

Durante la pandemia, ciertos dispositivos que favorecen las relaciones sociales de las personas mayores, como son los centros de día, los centros cívicos y los servicios de transporte han permanecido o permanecen inactivos, lo cual está produciendo un considerable impacto en la calidad de vida de estas personas, afectando además en su salud cognitiva, psicológica y emocional.

En este sentido, la soledad afecta especialmente a las mujeres como consecuencia, entre otros aspectos, de su mayor esperanza de vida (1,4 millones de mujeres viven solas frente a 0,6 millones de hombres). Según el estudio Impacto COVID-19

en personas con enfermedad crónica en España, promovido por la Plataforma de Organizaciones de Pacientes, 3 de cada 4 pacientes que han vivido la pandemia en soledad son mujeres. Según el mismo estudio, el 40,6% de los pacientes sintió la necesidad de tener acompañamiento psicológico durante el primer estado de alarma por COVID-19. De ellos, 75,9% eran mujeres, frente al 24,1% de los hombres²⁹.

La pandemia COVID-19 ha puesto de relieve la necesidad de aportar valor y de humanizar la asistencia, fomentando un sistema que permita a las personas mayores y otros colectivos vulnerables permanecer en su hogar con atención domiciliaria presencial o remota mediante la tecnología disponible.

Además de posibilitar el tratamiento del paciente, el modelo de asistencia domiciliaria resulta útil para el desarrollo de actividades preventivas, detectar otros problemas de salud y de necesidades sociales, fomentar el autocuidado⁴² y garantizar una continuidad asistencial.

No es por casualidad que el afamado Dr. House, de la serie televisiva americana, enviase a su equipo a la casa del paciente ingresado en el hospital para investigar y obtener información adicional sobre los hábitos cotidianos del paciente y detectar posibles causas del empeoramiento en su salud. Esta información, recabada por los doctores Foreman, Cameron y Chase, servía para identificar potenciales factores que ayudasen al diagnóstico y tratamiento y, también, les permitía revisar aspectos del tratamiento y plan de cuidados establecidos en el escenario principal del paciente.

En la atención domiciliaria, la coordinación entre el sistema sanitario y social y la integración de las redes vecinales y las organizaciones de pacientes son esenciales.

4.1.3. MODELO DE ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

4.1.3.1. CARACTERÍSTICAS DEL MODELO

El paciente es la razón de ser del sistema sanitario y, por tanto, debe ser ubicado en el centro de las políticas de salud. En el modelo de atención centrado en el paciente, el sistema se organiza en torno a las

necesidades y expectativas de salud de las personas y no de las enfermedades. Los servicios sanitarios centrados en la persona consideran las perspectivas de estas personas, sus familias y comunidades, que se convierten en participantes y beneficiarias de los sistemas sanitarios. Estos sistemas responden a sus necesidades y preferencias de forma humana y holística. El modelo no solo requiere que el individuo tenga la educación en salud, sino también el apoyo que necesita para tomar decisiones y participar en su propia atención⁵⁴.

Así pues, este modelo conlleva el abordaje integral del individuo, teniendo en cuenta su dignidad, individualidad y corresponsabilidad y reúne las siguientes características:

- Flexible: permite adaptabilidad futura en función de las necesidades que se van detectando.
- Multidisciplinar: aborda todas las disciplinas que necesita la persona.

- Cooperativo: se basa en la confianza, la comunicación fluida y la colaboración entre todos los agentes implicados.
- Preventivo: se centra en identificar cualquier síntoma para obtener un diagnóstico temprano y un apropiado seguimiento de cualquier patología.
- Proactivo: se trata de un sistema que realiza un seguimiento y acompañamiento sin necesidad de la demanda por parte del paciente.

El modelo de atención centrada en la persona no sólo tiene un efecto en el propio paciente, mejorando su bienestar (mayor prevención, mayor adherencia al tratamiento...), sino que también puede traducirse en un ahorro de costes al reducirse el número de ingresos hospitalarios, el tiempo de estancia hospitalaria y mejorar el aprovechamiento de los recursos humanos y materiales.

Los datos demuestran que los sistemas sanitarios orientados a las necesidades



Figura 1. Modelo de Atención centrado en la Persona
Fuente: Plataforma de Organizaciones de Pacientes

de las personas y las comunidades son más eficaces, cuestan menos, mejoran los conocimientos sanitarios y la participación de los pacientes. Además, estos sistemas están mejor preparados para responder a las crisis sanitarias⁵⁴.

4.1.3.2. INTEGRACIÓN DE LO SANITARIO Y LO SOCIAL: HISTORIA SOCIAL Y SANITARIA ACCESIBLE Y COMPARTIDA

La integración y coordinación entre los diferentes sistemas (sanitario y social) se hace fundamental para poder atender las necesidades que el paciente pueda presentar.

Así, hablamos de una gestión integrada cuando “se gestionan y organizan los servicios sanitarios de manera que las personas reciben una atención continuada en promoción de la salud, diagnóstico, tratamiento, gestión de la enfermedad, rehabilitación y atención paliativa; coordinada entre los distintos niveles y lugares de atención; dentro y más allá del sector salud; y de acuerdo con las necesidades de la persona y a lo largo del curso de su vida”⁵⁴.

Los servicios sanitarios integrados y multidisciplinares fomentan una mayor coordinación y colaboración con las organizaciones y los agentes en todos los ámbitos asistenciales, con el fin de prestar servicios sanitarios que se ajusten a las necesidades de las personas⁵⁴.

Por tanto, más allá del componente clínico, es preciso tener en cuenta que la enfermedad impacta en otras esferas del individuo, el ámbito familiar, económico, laboral o social. Limitaciones de acceso al centro médico, una posible situación de dependencia, recursos económicos limitados son factores fundamentales para abordar el contexto integral y necesidades del paciente en la práctica asistencial.

El Ministerio de Sanidad recogió entre los objetivos de su Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria, la mejora de la calidad de la atención y la coordinación con el resto de los ámbitos asistenciales, servicios e instituciones por medio de la “mejora de la capacidad resolutoria de todos los profesionales, potenciando el trabajo multidisciplinar y transdisciplinar, con la visión de la persona como centro de atención”⁴⁶.

Para ello, proponía acciones como establecer procesos y rutas asistenciales integradas que

requieren de los servicios de Atención Primaria y Atención Hospitalaria y protocolos de continuidad asistencial entre ambos niveles. También, se menciona la protocolización de la coordinación del personal que atiende los domicilios (Atención primaria, servicios de urgencia extrahospitalaria, Atención Hospitalaria, cuidados paliativos...), potenciando el papel de los profesionales de Asistencia Primaria como gestores del proceso asistencial en este ámbito.

La eSalud en España ha avanzado de forma considerable en los últimos años. La eSalud es una prioridad para la OMS desde 2005 cuando en su Asamblea General promulgó la resolución WHA58.28 que definía la eSalud como el uso seguro y coste efectivo de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) para la salud, incluyendo los servicios asistenciales, la seguridad, la educación, el conocimiento y la investigación⁶⁰ e instó a los Estados Miembros a adoptar planes para su desarrollo.

Por su parte, la Comisión Europea⁴ define la eSalud como el uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC), en el ámbito de la salud, en forma de herramientas y servicios para mejorar la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, el control y la gestión.

En una década, los Estados Miembros han estado trabajando para acelerar la implantación de la eSalud y sus distintas vertientes, especialmente en los Sistemas de Información (aprox. 70% de los países) y en menor medida la telemedicina (aprox. el 20% de los países) según datos del 2016⁵⁵.

En este sentido, en España la receta electrónica, la Historia Clínica Digital y la telemedicina avanzan a diferente ritmo y de forma desigual en las Comunidades Autónomas. Hoy en día todas las Comunidades Autónomas disponen de Historia Clínica Electrónica, aunque no son interoperables, ni siquiera dentro de cada ámbito regional, ni entre niveles de asistencia.

La esalud y la integración de los datos sanitarios y sociales en una misma historia del paciente debiera convertirse en una prioridad estratégica para reducir costes, tiempos, duplicidades, mejorar diagnósticos y tratamientos y contribuir a una atención sanitaria humanizada y centrada, de verdad, en la persona.

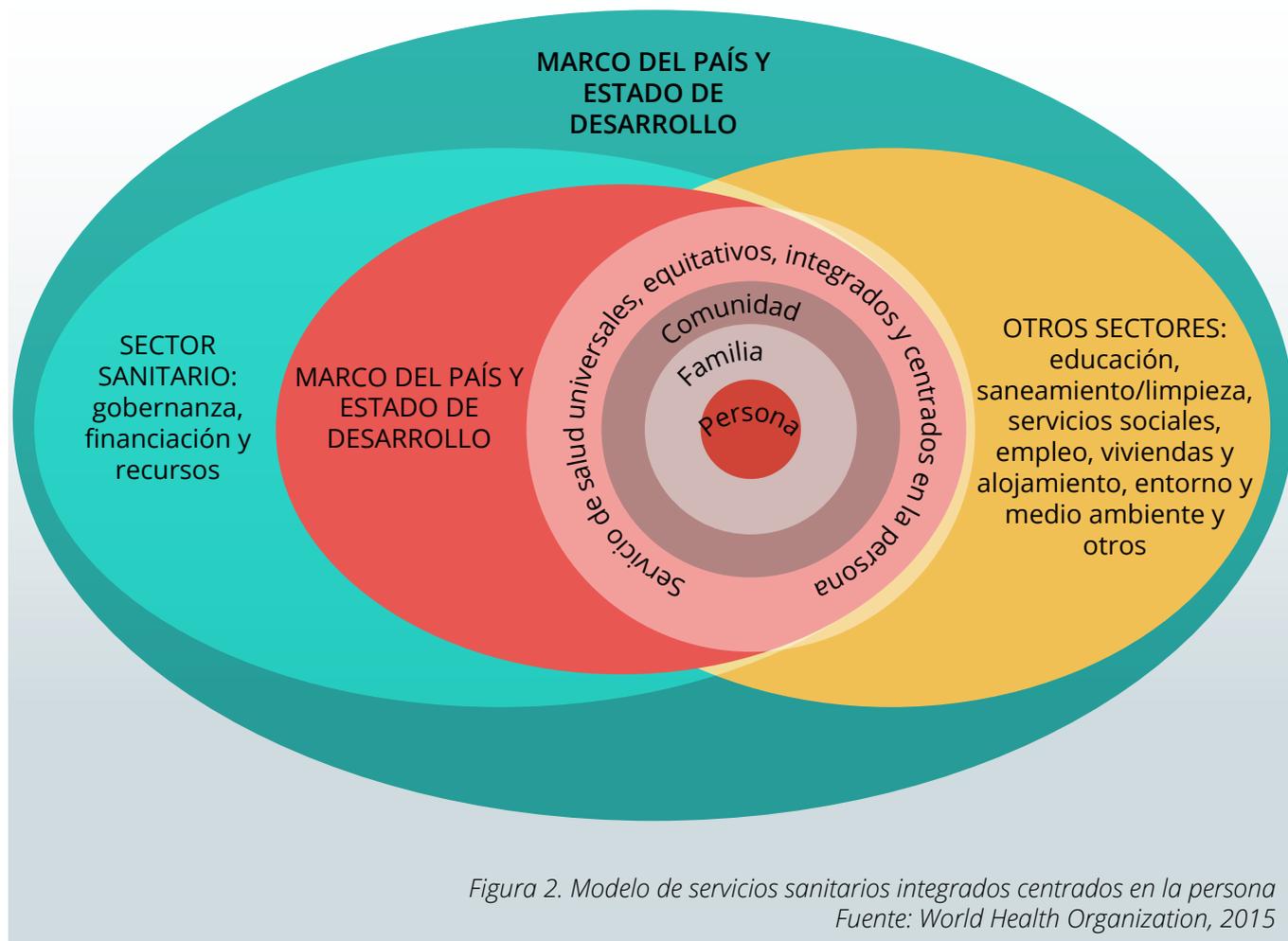


Figura 2. Modelo de servicios sanitarios integrados centrados en la persona
Fuente: World Health Organization, 2015

4.1.3.3. REORIENTACIÓN DEL SISTEMA A LA ATENCIÓN DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA Y DOMICILIARIA

Ya desde hace más de una década se detectaba por parte del Ministerio de Sanidad la necesidad de potenciar actividades de atención domiciliaria. Como parte de las estrategias para mejorar la continuidad asistencial, el Ministerio de Sanidad, determinó, en su ambicioso Marco Estratégico para mejorar la Atención Primaria para el periodo 2007-2012, el fomento de las actividades de atención domiciliaria y la implicación de los profesionales en la atención a las personas con problemas de dependencia. Para ello, proponía impulsar planes de acción de atención domiciliaria ejecutados desde Atención Primaria incluyendo en la atención sanitaria domiciliaria, los cuidados a pacientes dependientes, pacientes con trastorno mental grave, adolescentes y jóvenes con algún tipo de discapacidad y a pacientes en situación terminal. También, incluía la atención a las necesidades psicosociales de los cuidadores de personas con dependencia⁴³.

Varios años más tarde, en 2019 el Ministerio publicaba el Marco Estratégico para la Atención Domiciliaria y Comunitaria en el que se contó con la colaboración de las Comunidades Autónomas, organizaciones médicas profesionales, así como organizaciones de pacientes, entre las que se encuentra la Plataforma de Organizaciones de Pacientes. El documento recoge entre sus líneas estratégicas la mejora de la calidad de la atención y coordinación con el resto de los ámbitos asistenciales, servicios e instituciones, para lo que se propone el abordaje biopsicosocial desde la consulta de Atención Primaria, a través de la entrevista clínica integral y la recomendación de activos para la salud y recursos comunitarios⁴⁶.

En el informe 2020 del Observatorio de Atención al Paciente, también se apunta, por parte de los expertos consultados, la posibilidad de realizar una gestión de casos desde Atención Primaria para

potenciar la atención y hospitalización domiciliaria, siempre que sea posible y no se ponga en peligro la salud del paciente. Para ello, también se menciona la necesidad de facilitar formación e información al paciente y contar con la supervisión de agentes de cuidado. Se destaca, así mismo, la necesidad de evitar la soledad de los pacientes en los domicilios y centros, para lo que resulta clave trabajar con ellos nuevas rutas para superar esa soledad⁵⁹.

Y es que las visitas domiciliarias proactivas, el soporte telefónico proactivo por enfermería y el soporte en el autocuidado son algunos modelos que han tenido un efecto especialmente positivo en la atención a pacientes crónicos, de acuerdo con un estudio realizado por la Universidad de Birmingham (2009).

Otro modelo que resulta especialmente interesante es la atención fundamentada en los niveles de necesidad, basándose en procesos de segmentación poblacional. Este modelo precisamente atiende al hecho de que “no todos los pacientes crónicos son iguales y no todos los pacientes necesitan lo mismo”¹¹. Además, la condición finita de los recursos y presupuestos obliga a una optimización y priorización en función a las necesidades detectadas.

Precisamente en situaciones de crisis sanitaria como la provocada por el virus SARS-CoV-2 se pone en evidencia la fragilidad del sistema sanitario y esa necesidad de priorización para destinar los recursos donde realmente son más necesarios.

Intervención	Evidencia	Efecto	Prioridad
Soporte telefónico proactivo por enfermería	Alta	Positivo	Alta
Visitas domiciliadas proactivas	Alta	Positivo	Alta
Soporte en el autocuidado		Positivo	Alta
Autocontrol	Media	Positiva	Media
Televigilancia/Telehealthcare	Media	Positiva	Media
Proporcionar atención basada en niveles de necesidad basándose en procesos de segmentación poblacional	Media	Positiva	Media
Usuarios servicios como proveedores asistenciales	Baja	Positivo	Media
Contacto telefónico en lugar de visitas	Baja	Positivo	Media
Enfermeras especialistas en atención primaria	Baja	Positivo	Media
Partenariados con grupos comunitarios	Baja	Positivo	Media
Integrar atención social y sanitaria	Baja	Positivo	Media
Formar profesionales en nuevos roles	Baja	Positivo	Media
Médicos de familia con algún tipo de “referencia”	Baja	Mixto	Baja
Soporte por Internet	Baja	Mixto	Baja
Planes de cuidados escritos	Media	Mixto	Baja
Registros mantenidos por pacientes	Media	Mixto	Baja

*Tabla 1. Evidencia modelos de atención a pacientes crónicos
Fuente: Services for Long Term conditions. University Birmingham, 2009*

4.1.4. EL ACCESO Y LA RENOVACIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS

Tras el azote de la COVID-19, la inversión en salud se ha convertido en una prioridad a nivel mundial y, en Europa y en España, no ha sido diferente. De los recursos procedentes de los fondos europeos de Ayuda a la Recuperación para la Cohesión y los Territorios de Europa (React-EU), España financiará el Plan para la renovación de las tecnologías sanitarias del Sistema Nacional de Salud (dotado de acuerdo con los Presupuestos Generales del Estado 2021 con 400 millones de euros), así como el Programa marco estratégico de Atención Primaria y Comunitaria, con una cuantía de 1.089 millones de euros.

La aplicación de nuevas tecnologías en el ámbito sanitario y en la asistencia domiciliar resulta clave para garantizar esa continuidad asistencial de calidad. En España, la función de la telemedicina en el ámbito de la Atención Primaria ha estado especialmente centrada en salvar las distancias y tiempos de espera con la atención especializada (por ejemplo, en el caso de la teledermatología).

Posteriormente, se han llevado a cabo diversos proyectos sobre **telemonitorización en pacientes crónicos en su domicilio** (enfermedad pulmonar crónica, insuficiencia cardíaca, hipertensión arterial, diabetes) observándose resultados muy alentadores que muestran un mejor control de la patología, un menor número de visitas al centro de salud y servicios de urgencias, así como también una reducción de ingresos hospitalarios.

Los servicios de telemedicina resultan adecuados para manejar los desafíos a los que se enfrentan los sistemas de salud en respuesta a brotes de enfermedades infecciosas como el producido por la COVID-19. Se ha demostrado que no solo reducen la exposición humana entre profesionales sanitarios y pacientes, sino que reducen la propagación comunitaria y nosocomial, proporcionan tranquilidad y orientan a los pacientes facilitando el acceso universal a la atención sanitaria especialmente en aquellas áreas donde este resulta más difícil. Y es que la adaptabilidad es clave para la eficacia.

Durante la primera ola de la pandemia, algunas Comunidades Autónomas, presentaron un servicio de hospitalización a domicilio que permitió el control de pacientes que tenían problemas en acudir al hospital de día y que, gracias a este servicio, pudieron recibir medicación y atención domiciliaria⁵⁹.

Y es que, entre las medidas tomadas con motivo de la pandemia, la dispensación de fármacos a domicilio ha mostrado ser muy beneficiosa para muchos pacientes, así lo determina el Estudio de Impacto COVID-19 en pacientes crónicos en España²⁹. Se puso en evidencia también la necesidad de reducir y optimizar los trámites administrativos que puedan suponer una barrera para acceder a los tratamientos, especialmente en momentos de crisis sanitaria. Similares acciones en la dispensación de fármacos fueron llevadas a cabo por otros países como Austria, Francia, Irlanda y Portugal⁵⁰.

Según datos de la POP, en la primera oleada de la pandemia, el 74,7% de los pacientes fueron atendidos a distancia, mayoritariamente por teléfono (54,3%), mientras que en la segunda oleada esta cifra fue del 27,5%. La mitad de los pacientes encuestados fue atendido en la segunda ola de manera mixta (45,5%).

En España se han publicado las guías de actuación para el manejo de casos de COVID-19 en Atención Primaria y domiciliaria en las que se establece la comunicación, fundamentalmente, mediante contacto telefónico con el paciente. Esta guía es de aplicación nacional, aunque además cada Comunidad Autónoma es responsable de especificar las diferentes recomendaciones no solo respecto a los casos de COVID-19, sino también al manejo del resto de pacientes con diversas patologías.

En los casos de personas en situaciones de salud crónicas y vulnerables se debe realizar seguimiento frecuente mediante asistencia telefónica para valorar su situación general, los aspectos relacionados con sus problemas de salud de base y recomendar medidas de prevención ante la posibilidad de contagio de COVID-19. En este tipo de pacientes, el control resulta esencial para prevenir el agravamiento de problemas de salud previos y garantizar que no surjan otras complicaciones.

No obstante, los expertos afirman que España no está completamente preparada para la telemedicina. En muy poco tiempo, se ha pretendido hacer un cambio drástico de la atención presencial a la no presencial. Cambio que ha venido marcado por muchas restricciones y una falta de adaptación. Han tenido lugar retrasos en citas y pruebas diagnósticas por dificultades a la hora de contactar con el paciente, carencias en el seguimiento por parte de Atención Primaria o debido a consultas telefónicas incompletas o de poca calidad. Ante las llamadas imprevistas, el paciente no puede preparar debidamente la consulta y las dudas que quiere trasladar, por lo que se corre

el riesgo de perder información. En ese contexto, es importante considerar el espacio, lugar en el que exponer esas dudas, solo y tranquilo. Los expertos señalan que se ha detectado un cambio en la adherencia a los tratamientos de pacientes crónicos durante la pandemia debido a que la cita no se ha realizado con suficiente calidad. El estudio Impacto de COVID-19 de la POP constata un empeoramiento en la adherencia de los pacientes que se midió a través de los olvidos de toma de medicación. Estos olvidos ocurrían en un 24,4% de los pacientes encuestados al comienzo de la pandemia, disminuyendo a un 21,2% una vez finalizado el primer estado de alarma²⁹.

Por otro lado, algunos especialistas coinciden en que la teleconsulta puede crear una mayor demanda en Atención Primaria ya que, se ha visto en varias ocasiones, cómo tras realizar una cita telefónica, se precisa después una consulta presencial para atender mejor a las necesidades del mismo paciente. Habría que establecer las medidas necesarias para evitar que esto implique un sobreesfuerzo a los profesionales o que se retrase la atención precisa del paciente.

En el contexto de pandemia, se debía priorizar la vía telefónica, no obstante, para garantizar una calidad mínima es necesario organizar las pruebas complementarias pertinentes y siguientes revisiones y que este modelo de atención no suponga un perjuicio para el paciente.

La telemedicina es una herramienta que ha venido para quedarse, pero hay que diferenciar los casos de pacientes en situación muy estable que puedan alternar la visita presencial y telefónica, de aquellos que tan solo requieren un resultado puntual tras una visita presencial. La información compartida por el médico y el paciente durante una visita presencial no puede ser sustituida por una consulta telefónica y se debe fomentar siempre la correcta relación profesional sanitario y paciente.

El seguimiento con la telemedicina es fundamental, pero puede dificultar el acceso a la atención médica de forma selectiva, encontrándonos ante la denominada "brecha digital" que separa a todos aquellos que no pueden (por falta de accesibilidad, recursos, etc.) o no saben hacer uso de la tecnología para un fin sanitario.

La teleconsulta no siempre resulta factible ya que no todos los pacientes disponen de conexión a Internet o de los dispositivos electrónicos necesarios para ello, considerando además el caso de personas

mayores o personas con menor formación y habilidades tecnológicas.

El estudio *Accesibilidad e Innovación Social en la atención sanitaria. Las TIC como facilitador para un uso eficiente de la Sanidad* de Fundación ONCE publicado en diciembre de 2020²⁶ constata **la brecha social y tecnológica en el ámbito de la salud de las personas con discapacidad o enfermedad crónica y pone de manifiesto la necesidad de garantizar la equidad en el acceso a la telemedicina.**

4.2. EL PACIENTE CRÓNICO Y LA ATENCIÓN DOMICILIARIA

Autoría: Marina Baquero Zazo¹, Alejandro Baquero Zazo¹, Jose Luis Baquero Úbeda¹

Foro Español de Pacientes (FEP)

La evolución creciente de la esperanza de vida que viene produciéndose, consecuencia de las más favorables condiciones higiénicas, sanitarias, medidas preventivas y contexto social, entre otras razones; se ha traducido en un envejecimiento paulatino de la población; característica frecuentemente relacionada con la fragilidad y la comorbilidad crónica, incluso pluripatológica, siendo un colectivo cada vez más frecuente, el paciente crónico complejo.

En un Sistema Sanitario que tenía el foco en la atención de procesos agudos que se ha desarrollado de forma "hospitalocéntrico", nos obliga a rediseñarlo, junto a la atención social, para satisfacer las nuevas necesidades que emergen con esta población.

Es tal la imbricación entre uno y otro sistema, que lo social afecta en la salud, y viceversa, complementándose y afectándose recíprocamente de forma ineludible. De ahí la necesidad de diseñar sistemas integrados de atención sociosanitaria.

El actual riesgo de contagio en la pandemia de la COVID-19 nos está haciendo a todos reducir al máximo los contactos con el exterior, incluidos los servicios sanitarios cuando no parecen imprescindibles, pero sin duda **el concepto de "cuidados a domicilio" (home care) cobra día a día mayor importancia en base a las razones de capacidad, eficiencia, economía y calidad asistencial;** unido

al propio entorno que permite muchas veces mantener la atención en el domicilio, vinculado a los especialistas precisos, pero en un entorno de atención primaria y familiar que, dotado de los adecuados recursos, puede integrar de forma óptima la atención según el grado de necesidad con mayor satisfacción para el paciente y su entorno; reservando la institucionalización de la persona para los casos extremos. Nacen así, conceptos como el de teleasistencia, telemedicina, telerehabilitación, aplicaciones de apoyo, juegos de salud, etc.

No obstante, y más allá de la actual circunstancia motivada por la COVID-19, la atención domiciliaria, como entorno habitual del paciente y generalmente más acompañado, debe jugar cada vez un mayor papel. No obstante, este entorno precisa ser impulsado, pues está aún en estado incipiente como demuestra el reciente estudio llevado a cabo en octubre de 2020 con motivo del IV Encuentro FEP de organizaciones de pacientes^b, con 192 participantes, abordándose 6 bloques temáticos, valorándose 3 diferentes aspectos en cada uno de ellos, sobre una escala Likert del 1 (mínimo) al 5 (máximo), analizando media (M) y desviación estándar (DE):

1. Cuidador:

- En cuanto a la disponibilidad y acceso a formación, ofrecido por el SNS y los profesionales; M 2,95 (DE 1,52).
- Reconocimiento social y motivación externa; M 2,89 (DE 1,40).
- Cuidado del cuidador; M 2,93 (DE 1,58).

Frecuencias:

La media no supera la valoración intermedia (3 en la escala del 1 al 5), considerándose mínimo el cuidado del cuidador.

La atención del cuidador es primordial en la Atención Domiciliaria, debiendo ser reforzada en al menos los tres aspectos valorados; formación, reconocimiento y cuidado, siendo este último prioritario.

2. Seguridad:

- Control del riesgo de infección y antisepsia; M 2,96 (DE 1,43).
- Control del riesgo de errores en la medicación; M 3,00 (DE 1,43).
- Control del riesgo en la manipulación de los tratamientos y residuos; M 2,95 (DE 1,44).

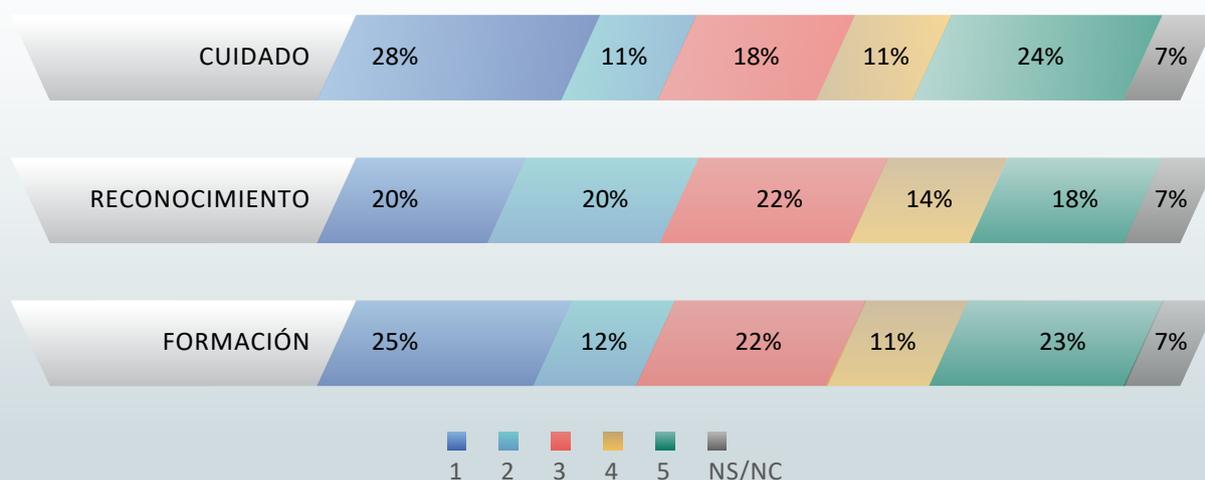
Frecuencias:

Solo la media del control del riesgo de los errores de medicación alcanza la valoración intermedia, si bien es necesario reconocer que se trata de una apreciación personal, no basada en un análisis riguroso por parte de quien responde. En este, como en aspectos como el control de la infección y antisepsia, y el de la manipulación de tratamientos y residuos, se precisa de entrenamiento.

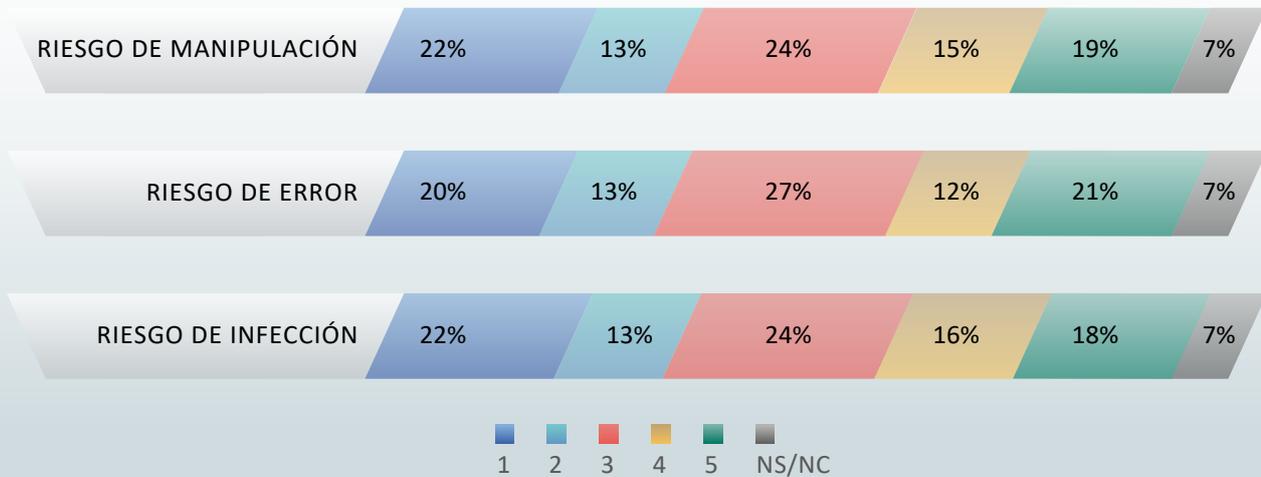
En todo caso y de forma práctica, deben prevenirse otros riesgos, como reducir el de caídas, la comunicación de efectos adversos, etc.

Tratándose precisamente de la seguridad del paciente, rondar solo una valoración intermedia es una clara señal de alarma que debe ser corregida de forma urgente.

CUIDADOR



SEGURIDAD



3. Comunicación:

- Disponibilidad de tecnología para la información y comunicación (TIC de uno propio); M 3,18 (DE 1,50).
- Acceso percibido a tecnología para la información y comunicación (TIC del profesional); M 3,09 (DE 1,41).
- Adaptación de los canales y facilidad de acceso con los profesionales; M 3,11 (DE 1,49).

Frecuencias:

Todas las medias superan el valor intermedio (3), debiéndose considerar, no obstante, que aún existe un amplio margen de mejora. La tecnología está ya disponible (incluso en el bolsillo de cada uno), y de hecho la disponibilidad llega al 45% (puntuaciones 4 y 5); pero se ha

venido empleando mayoritariamente la llamada telefónica profesional-paciente, siendo muy complicado el sentido contrario paciente-profesional; y en todo caso tiene menor grado de humanización que la videollamada.

La tecnología, además, provee desde el básico pulsador para casos de alerta, a los sistemas de recepción y transmisión automática de datos importantes para el seguimiento del paciente por el profesional, etc.

Se dispone de medios, pero deben ser desarrollados e implementados, atendiendo a las necesidades de los afectados (pacientes y cuidadores), ajustándose a cada uno de ellos.

COMUNICACIÓN



4. Confort:

- Disponibilidad de absorbentes y empapadores de calidad que minimicen los efectos adversos; M 2,72 (DE 1,41).
- Disponer de elementos para el cuidado de la piel, higiene y curas, sencillos y cómodos; M 2,92 (DE 1,44).
- Disponer de ayudas técnicas y mejora de la movilidad; M 2,96 (DE 1,49).

Frecuencias:

La media no supera la valoración intermedia (3), siendo menor en cuanto a la disponibilidad de absorbentes y empapadores de calidad que minimicen los efectos adversos; seguramente por primarse aspectos como el bajo precio, frente al

valor añadido que el producto pueda aportar, con la consiguiente incomodidad e inseguridad que entraña (úlceras persistentes, etc.)

Como ayudas a la movilidad, la tecnología desarrolla sistemas domóticos que nos permite el control de las instalaciones de la vivienda, con un sencillo mando a distancia: encender o apagar las luces, controlar la calefacción o el aire acondicionado, bajar las persianas, encender la televisión, etc.

Poco se hace por el confort, siendo la categoría peor valorada, lo que supone una carga adicional para el afectado, cuyos recursos pueden limitar la satisfacción de estas necesidades.

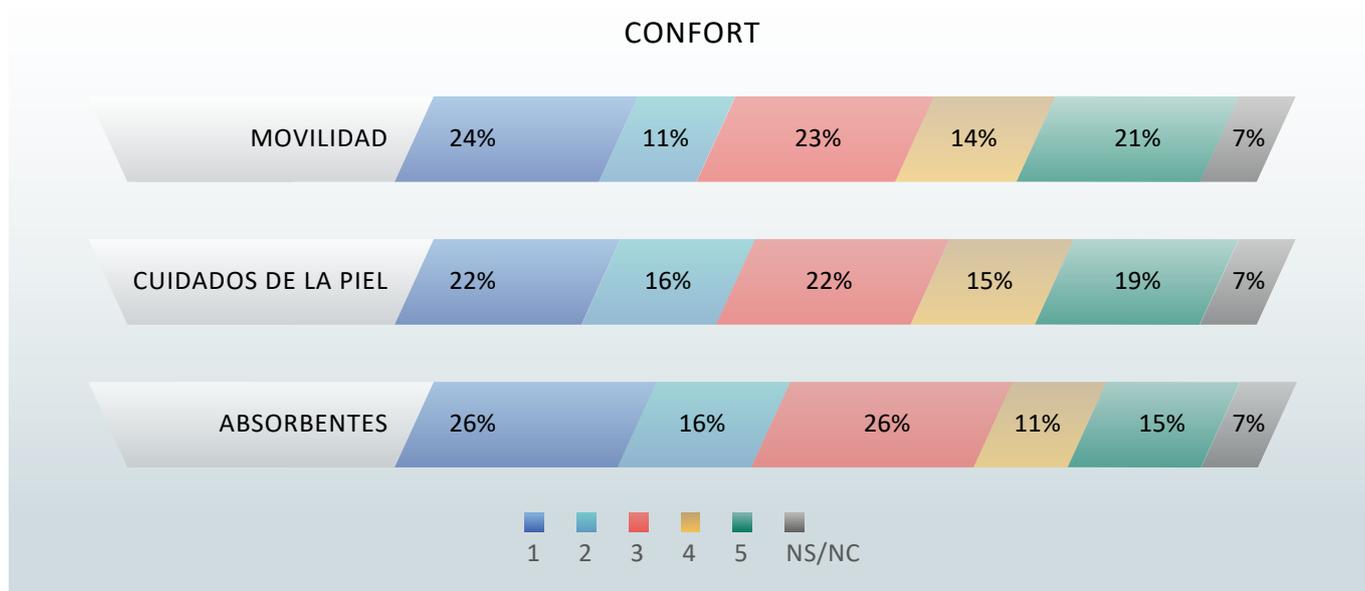


Imagen cedida por BD

5. Autocuidado y autogestión:

- Nivel de satisfacción con la formación y soporte ofrecido por el SNS y los profesionales; M 3,03 (DE 1,38).
- Prevención y seguimiento de hábitos saludables (peso, ejercicio, vacunas, sexo, adicciones, etc.); M 3,03 (DE 1,38).
- Apoyo al seguimiento emocional, del dolor, nutricional, etc.; M 2,80 (DE 1,48).

Frecuencias:

La formación y seguimiento de hábitos supera el valor intermedio (3), si bien el seguimiento emocional, el dolor, el estado nutricional, etc.; están por debajo y marcan el mínimo y denotan la principal área de mejora.

Cobra especial interés también, la prevención del deterioro funcional y mantener la autonomía, mediante la utilización de elementos de apoyo, mejora muscular, flexibilidad, fuerza, coordinación, equilibrio, psicomotricidad, etc.

Así mismo, se desarrollan programas y aplicaciones tecnológicas, con diferentes utilidades como el recordatorio de posología para garantizar la óptima adherencia, etc.

En todo caso, el refuerzo en el apoyo emocional, abordaje del dolor y control nutricional entre otros, requieren mayor consideración de la prestada hasta ahora por el SNS.

AUTOCUIDADO Y AUTOGESTIÓN

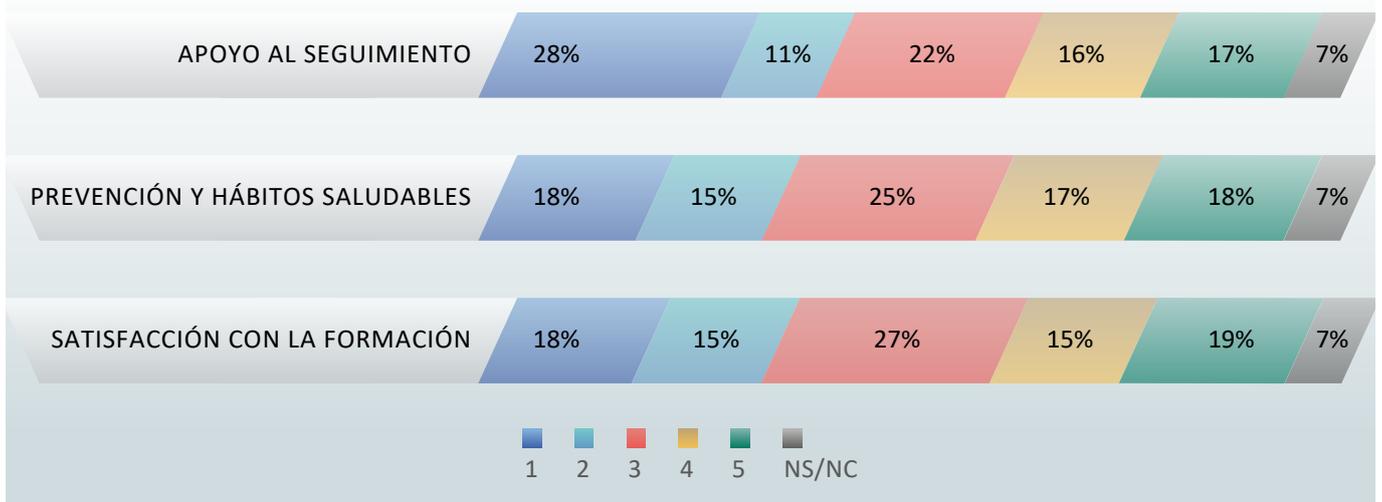


Imagen cedida por Smiths Medical

6. Nivel de satisfacción en general, con la cobertura profesional de atención domiciliaria ofrecida por el SNS (visita a domicilio o contacto telemático):

- Médico de Familia; M 3,14 (DE 1,34).
- Enfermera de Atención Primaria; M 3,16 (DE 1,35).
- Farmacia Comunitaria; M 3,09 (DE 1,42).
- Fisioterapeuta; M 2,61 (DE 1,40).
- Trabajador Social; M 2,74 (DE 1,31).
- Psicólogo clínico; M 2,60 (DE 1,45).

Frecuencias:

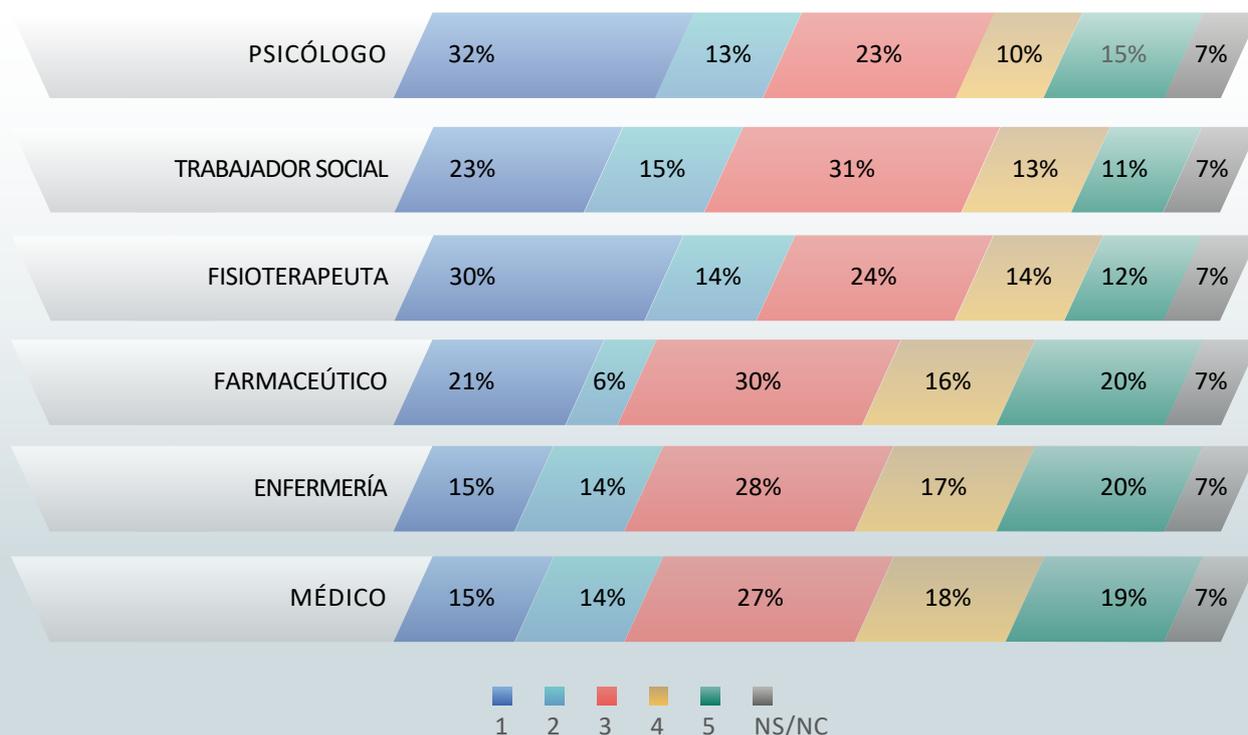
Solo la cobertura ofrecida por el médico de familia, la enfermera de atención primaria y la farmacia comunitaria, superan la valoración intermedia (3), con claras posibilidades de mejora en todo caso, pues rondan el término medio.

La atención domiciliaria por los profesionales debe ser reforzada, pero precisamente el servicio de profesionales expertos en las terapias no farmacológicas (psicólogos, fisioterapeutas y trabajadores sociales) son las que resultan insuficientes y deberían ser más impulsadas; vías estas que tiene también un importante efecto favorecedor de la afectación emocional y social de la enfermedad, además de poder reducir la sobremedicación.

NUESTRAS CONCLUSIONES SON QUE:

- En una atención centrada en el paciente, la Atención Domiciliaria resulta muchas veces el entorno óptimo del paciente, sin embargo, el SNS lo ha desarrollado escasamente.
- En general no se supera más allá de una valoración intermedia (3, en una escala del 1 al 5) en todos los aspectos seleccionados, lo que demuestra el necesario impulso en todas las materias. En aspectos como la seguridad, el término medio es ya una señal de alarma.
- La tecnología en el ámbito de la salud está aún poco implementada, incluso disponiéndose ya de los medios, haciéndose necesaria la voluntad de cambio.
- En todo caso la atención debe ser personalizada, refiriéndose al paciente y los cuidadores, y adaptarse a los requisitos de accesibilidad, usabilidad y aceptación, que demandan estas personas.

SATISFACIÓN CON LOS PROFESIONALES



CAPÍTULO 5.

ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN EN EL DOMICILIO

En este capítulo se pretende analizar en profundidad la situación de los cuidados sanitarios en el domicilio. Para ello, en primer lugar, se han revisado los planes estratégicos de salud de las diferentes comunidades autónomas entendiendo que dichos documentos marcan la pauta y líneas estratégicas de la atención sanitaria en cada territorio. A continuación, se revisaron aquellos documentos, planes y protocolos específicos que, a juicio de los coordinadores del informe, resultaran más relevantes para el objeto del mismo. De esta forma, se encontrarán referencias a otros documentos técnicos que aborden la atención en el domicilio para determinados grupos de personas. Finalmente, con el objetivo de complementar y matizar la información obtenida mediante la revisión de estos documentos, se diseñó un cuestionario en el que se incluyeron los aspectos y puntos de mayor interés para el informe. Este cuestionario, que puede encontrarse en los anexos, se remitió a los responsables de las diferentes comunidades autónomas para que, de manera voluntaria, lo cumplimentaran o, en caso de así estimarlo, realizáramos algún tipo de encuentro en el que se trataran esos aspectos. Aprovechamos este momento para agradecer la participación desinteresada de los profesionales de las comunidades autónomas que accedieron a colaborar en el proyecto.

En los anexos se puede consultar tanto el análisis específico de cada comunidad autónoma, así como la información obtenida mediante los cuestionarios y las entrevistas realizadas a las comunidades que accedieron a participar.

El contenido del presente capítulo será el resumen de los aspectos más destacados que se han podido identificar en este análisis de cada comunidad autónoma. Así, debe tomarse este capítulo como una exposición de aquellos aspectos que pudieran conformar el modelo ideal de la atención en domicilio a personas mayores y/o con algún tipo de patología crónica y el papel de la tecnología sanitaria en ello.

5.1. LA ATENCIÓN DOMICILIARIA EN LOS PLANES ESTRATÉGICOS DE SALUD

Tal y como se afirma en el análisis de la Fundació La Unió²⁸ en el que se analizan los diferentes modelos de atención domiciliaria sanitarios y sociales a nivel estatal, se puede afirmar que **la atención domiciliaria forma parte de los todos los planes estratégicos y políticas sanitarias y sociales de todas las comunidades autónomas reconociendo así el papel privilegiado de esta modalidad de atención en lo que tiene que ver con la proximidad a la persona atendida, la satisfacción de necesidades y la defensa de los derechos, preferencias y deseos de esta.**

Ahora bien, existe una falta generalizada de indicadores, objetivos y metas explícitas, además de concretar y desarrollar más la integración social y sanitaria²⁸ para atender de manera holística las necesidades de las personas.

5.2. ESTRUCTURA Y FINANCIACIÓN DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA

Existe un reto, ya tradicional, en la integración o coordinación de la atención social y sanitaria que en la atención en el domicilio puede tener uno de los ejemplos de mayor complejidad, tanto en la coordinación de equipos profesionales como en los servicios ofertados. Parece claro que el objetivo es conseguir que la atención o la asistencia recibida por una persona se ajuste a sus necesidades reales, normalmente complejas y cambiantes en el tiempo, respetando sus preferencias, deseos y valores personales, y se adapte al contexto o ambiente en el que vive. Estas necesidades, como hemos visto en capítulos anteriores de este informe, pueden ser de múltiples naturalezas (físicas, psicológicas, emocionales, espirituales, de ocio, etc.) a las que, a su vez, tradicionalmente, se les ha dado respuesta desde diferentes servicios o fuentes de provisión. Esto da lugar a que la persona perciba que recibe su atención de manera fragmentada, duplicada, de forma ineficiente o sin ajustarse completamente a sus necesidades y deseos.

El objetivo de la atención integrada es conseguir coordinar los esfuerzos de todas estas fuentes para responder a las necesidades de una persona concreta optimizando los recursos disponibles en un espacio, contexto o territorio concreto.

En este contexto, la gobernanza se erige como un elemento clave para llegar a acuerdos entre los financiadores, los proveedores y los profesionales que facilite establecer las responsabilidades de cada uno de ellos²⁸.

Siguiendo la exposición de estos autores²⁸, existe un cierto consenso en considerar que, en primer lugar, la atención domiciliaria debe ser una responsabilidad compartida entre los responsables de la atención sanitaria y los de servicios sociales y romper con la tradicional fragmentación, o más bien aislamiento, de ambos servicios. El objetivo sería conseguir una colaboración entre ambos para proveer una asistencia integral coordinada. De hecho, esta integración o coordinación es una tendencia observada en la mayoría de las políticas públicas analizadas tanto por los potenciales resultados positivos a nivel de satisfacción de los usuarios y profesionales, como por la optimización de recursos económicos que representa.

En segundo lugar, existen diferentes grados de descentralización de la atención en domicilios con políticas y actuaciones en todos los niveles, desde el estatal hasta el municipal, o incluso, experiencias por barrios. Actualmente, se tiende hacia la descentralización con el objetivo de diseñar políticas y soluciones adaptadas a la realidad concreta de un territorio específico que tengan en cuenta variables como el perfil real de necesidades de sus potenciales usuarios, los recursos humanos y materiales con los que cuenta, sensibilización de los mismos hacia la atención en entorno domiciliario, etc. Únicamente con el desarrollo de políticas y estrategias lo suficientemente flexibles que puedan adaptarse a las particularidades de la población diana a la que van dirigidas y a su perfil de necesidades integrales, se conseguirá el objetivo de proveer una asistencia en el domicilio de calidad.

Relacionado con lo anterior, está la necesidad de contar con todas las entidades y recursos, tanto públicos como privados, para garantizar la correcta prestación de la atención domiciliaria en un determinado territorio. Para ello, cuando se utilicen

entidades privadas, será necesario establecer marcos claros y estables de colaboración en los que se especifiquen con total transparencia y claridad los requisitos y funciones de cada una de las partes y los sistemas o estrategias de evaluación que se utilizarán para valorar los servicios prestados.

Se han identificado una serie de aspectos que podrían mejorar la atención domiciliaria²⁸: mejorar la coordinación entre los diferentes servicios sociales y sanitarios, apostar por la mejora de su calidad, la mejora de las capacidades y formación de los profesionales implicados en esta atención y el fomento de la participación e implicación de los diferentes agentes comunitarios que puedan existir en un determinado territorio. Además, es interesante explorar las oportunidades de establecer sinergias y acuerdos de colaboración entre todo el ecosistema de entidades presentes en regiones o territorios limítrofes para tratar de evitar que la demarcación virtual de una "frontera" influya de manera negativa en la atención a las personas que lo necesiten y conseguir optimizar los servicios y la calidad de los mismos.

Creemos que con unas políticas adecuadas que apuesten por la colaboración entre los diferentes servicios y entidades, con una gobernanza compartida entre ellos, se puede responder de manera más ágil y flexible a las necesidades integrales, complejas y cambiantes, tanto de las personas mayores como de las personas con algún tipo de enfermedad crónica.

Finalmente, no nos podemos olvidar de que en el "Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria"⁴⁶ del 10 de abril de 2019 se establecieron una serie de medidas para la consolidación de una política presupuestaria y de recursos humanos que garantizara la efectividad y la calidad de la atención primaria (AP). Así, destacamos entre ellas las siguientes:

- Incrementar de manera progresiva los presupuestos asignados a AP en función de necesidades concretas de financiación, tanto en capítulo I como en infraestructuras y equipamiento.
- Establecer planes autonómicos con financiación específica para la renovación del equipamiento tecnológico propio de la Cartera de servicios de APS, en línea con las políticas de humanización de la asistencia
- Establecer criterios sobre el número de personas adscritas a un Equipo de Atención Primaria, teniendo en cuenta principalmente las

características demográficas, epidemiológicas y socioeconómicas de la población.

- Identificar Zonas Especiales de Salud y plazas de difícil cobertura que, por sus especiales características demográficas y geográficas, y por cuestiones derivadas de la estacionalidad, precisarán una estrategia diferenciada, acordada en el seno de la Comisión de RRHH del SNS, para la contratación de profesionales y para la prestación de servicios, en la que estén implicadas las diferentes administraciones con competencias en el territorio.
- Dimensionar las plantillas de los Equipos de Atención Primaria, estableciendo la dotación de puestos de todas las especialidades y profesiones, sanitarias y no sanitarias, que permita responder a las necesidades de atención de la población adscrita.
- Lograr que, en el año 2022, todos los cupos cumplan criterios ajustados a: el territorio, las características demográficas, epidemiológicas y socioeconómicas de la población, la oferta asistencial de la cartera de servicios asignada y la actividad propia del equipo (docencia, investigación, oferta de servicios propios de AP, actividades comunitarias).

5.3. ATENCIÓN DOMICILIARIA POR NIVELES ASISTENCIALES

La atención domiciliaria está presente en todos los niveles asistenciales en forma de diferentes servicios. Esta heterogeneidad se maximiza al comparar el grado de desarrollo o de madurez entre los diferentes territorios a nivel estatal e, incluso, dentro de una misma comunidad autónoma entre los servicios de atención en domicilio que se ofertan desde el sistema sanitario o de servicios sociales.

Esto puede ser debido tanto al diferente grado de desarrollo histórico de la atención domiciliaria en un territorio concreto, como a la priorización de las respuestas a las necesidades concretas de atención en dichos territorios. Además, existe una enorme fragmentación, ya tradicional, entre los servicios ofrecidos desde el sistema sanitario y desde el sistema de servicios sociales²⁸.

Entre los primeros podemos encontrar desde la atención sanitaria a patologías crónicas o procesos agudos, a la rehabilitación, cuidados paliativos e intervenciones concretas y complejas a domicilio. Dentro de los servicios sociales se oferta la ayuda

domiciliaria presencial a domicilio, normalmente para satisfacer algún tipo de necesidad en el desarrollo de las actividades de la vida diaria; el acompañamiento emocional y social para evitar el aislamiento; y servicios de atención no presenciales que permiten una telemonitorización proactiva e identificación de riesgos de la persona, como la teleasistencia avanzada.

Más allá de esta fragmentación clásica, se ha observado en el análisis de las diferentes políticas y estrategias sanitarias, especialmente en el citado Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria⁴⁶, el objetivo de mejorar la coordinación e integración de estos servicios (de diferentes departamentos y tanto municipales como autonómicos y estatales) y equipos profesionales en equipos multi y transdisciplinares, bajo los modelos de atención centrada en la persona, que permitan optimizar los roles y el trabajo de cada uno de los servicios y perfiles profesionales y el diseño de procesos asistenciales integrados para responder a las necesidades integrales de la persona. Para ello **es necesario el establecimiento de acuerdos y mecanismos de relación y comunicación que establezcan esta distribución de roles y responsabilidades para garantizar la continuidad asistencial y una respuesta eficiente a las necesidades de las personas atendidas.**

Además, es necesario el establecimiento de criterios de planificación y coordinación para la atención continuada y urgente de proximidad. Igualmente, es una reclamación tradicional, implementar las medidas necesarias para garantizar que todos los profesionales que intervengan en los cuidados de una persona tengan a su disposición toda la información y herramientas precisas y necesarias, garantizando en todo momento la privacidad y protección de estos datos, sin importar si el servicio es sanitario o de servicios sociales, público o privado.

En el ámbito de los medicamentos, es necesario establecer protocolos de colaboración entre los centros de atención primaria y los farmacéuticos comunitarios, por su proximidad con las personas que se encuentran en sus domicilios para la conciliación de la medicación, la optimización de la farmacoterapia, el aumento de la seguridad y efectividad de los tratamientos, la mejora de la adherencia y la reducción de la utilización inadecuada de los medicamentos.

Finalmente, tal y como se dice en un reciente artículo¹⁰, consideramos que el modelo de atención domiciliaria debe partir del trabajo colaborativo entre la primaria sanitaria y los servicios sociales básicos. A partir de esta primera relación colaborativa se puede enlazar con otros servicios más especializados como, por ejemplo, los servicios de cuidados paliativos a domicilio, la hospitalización domiciliaria, atención médica o de enfermería de urgencia, la terapia ocupacional y rehabilitación o la atención psicológica (emocional y cognitiva).

5.4. EXPERIENCIA DE LOS USUARIOS

Se ha observado una tendencia general hacia la corresponsabilización y empoderamiento de los pacientes y sus cuidadores en el proceso de cuidados en todas sus fases, desde el diseño a la evaluación de los resultados y experiencia subjetiva de cuidados, pasando por la propia intervención y adopción de prácticas y hábitos preventivos.

De esta forma, se debe continuar favoreciendo la participación del paciente en la toma de decisiones en consulta, así como en el desarrollo de los planes de acción individualizados, tal y como reflejan los Procesos Asistenciales Integrales de pacientes crónicos complejos de distintas CCAA.

Asimismo, sería de interés establecer planes operativos para impulsar el autocuidado, con la participación de las organizaciones de pacientes, y responsabilidades compartidas entre la administración (por ejemplo, con desarrollo de herramientas de capacitación o campañas de concienciación), y los profesionales de la salud, dirigidas a obtener resultados de impacto poblacional. Estos planes deben incluir de manera explícita la exploración de la capacidad de autocuidado de las personas con problemas de salud crónicos y de sus cuidadores con especial consideración de la formación sobre el autocuidado que acompaña a la toma de medicamentos y del contexto social.

Los planes de autocuidado deben ser liderados por los profesionales de enfermería de AP con los profesionales de farmacia comunitaria para dar apoyo en consejos de promoción de la salud, así

como, en los casos donde se lleve a cabo la asistencia en el ámbito hospitalario, también contar con los profesionales de enfermería hospitalaria muy formados en estas competencias.

Es importante como parte de esta participación y empoderamiento que contribuye a la sostenibilidad del sistema sanitario, la concienciación sobre el uso adecuado de los servicios sanitarios.

Finalmente, existe un cierto consenso en la necesidad de impulsar iniciativas que permitan obtener datos procedentes de la evaluación de la experiencia del propio usuario. El objetivo es comprender los aspectos más subjetivos de la experiencia de la persona cuidada, saber cómo se siente y poder conocer los aspectos que más valoran de su proceso asistencial. Mediante esta valoración se pueden identificar aquellas áreas sobre las que es preciso intervenir, y aumentar la implicación de los usuarios en su proceso de cuidados.

5.5. RETOS Y DIFICULTADES ENCONTRADAS: RECOMENDACIONES PARA EVITARLOS

En relación a la gobernanza compartida y a la integración o coordinación en los cuidados, existen varias dificultades⁶¹. En primer lugar, la “cocreación y participación en el desarrollo del modelo de atención integrada” en el sentido de que la atención integrada debe partir de la experiencia de las personas que deben ser atendidas y de qué actuaciones les aportan más valor. Así, reconoce que “más allá de algunas iniciativas realizadas en la propia administración sanitaria o social” existe “mucho camino por recorrer en cómo garantizar y estructurar la participación activa de la ciudadanía, asociaciones, gobiernos locales, profesionales y proveedores en la definición de modelos de futuro”. En segundo lugar, el “territorio, gobernanza y liderazgo” y es que es necesario entender que las entidades presentes en un territorio son un “microsistema que asume de manera compartida la responsabilidad en los objetivos de salud y bienestar de la población”. Así, es especialmente importante el liderazgo y apoyo de los responsables públicos de las administraciones locales. Por otro lado, es necesario que los territorios y límites de las zonas y servicios de atención sanitaria y social coincidan al completo para facilitar la movilización y coordinación de los recursos y limitar el número de agentes y entidades implicados en las políticas públicas de atención

integrada social y sanitaria. El tercer elemento importante es la “financiación, contratación y compra que ha demostrado ser un antídoto para combatir la fragmentación” de la atención. Para ello, “resulta clave la combinación de modelos de contratación y compra específicos de cada ámbito de atención con un modelo que también establezca fórmulas innovadoras de contratación que favorezcan una atención integrada, especialmente para personas en situación de complejidad”. Para finalizar, en cuarto lugar tenemos la “evaluación, aprendizaje e innovación” para lo que es necesario “desarrollar marcos evaluativos de base poblacional que sean comunes y transversales para organizaciones y profesionales que trabajan en diferentes ámbitos de atención”. Se necesita para ello un cuadro de mando único e indicadores “objetivos, válidos, sensibles, específicos y consensuados”. Con la información que se obtenga de esta valoración se podrá conocer si se ha respondido a los objetivos propuestos y se

el desarrollo de mecanismos y flujos de relación y comunicación que garanticen u optimicen la práctica colaborativa e integrada. Para ello se pueden elaborar protocolos o guías de trabajo, reconocer flujos de comunicación formal e informales o crear figuras profesionales como los gestores de caso que centralicen todo el trabajo a realizar con una persona concreta.

Resulta conveniente generar otras estructuras organizativas y de liderazgo en la AP para poder proporcionar a los profesionales los recursos necesarios para agilizar y mejorar la atención domiciliaria. Como ejemplo en Galicia se ha creado la Dirección General de Asistencia Sanitaria, que coordina y de la que dependen diferentes servicios sanitarios que tienen un papel



han alcanzado los acuerdos previos. El resultado final es la identificación de las buenas prácticas o experiencias exitosas a nivel local y ser capaces de trasladarlas al ámbito estatal.

Otros autores han identificado otros problemas como la presencia de sistemas asistenciales compartimentados que actúan de manera aislada, falta de una visión transversal o de atención centrada en la persona más que centrada en el sistema, poca o nula colaboración entre diferentes niveles asistenciales, falta de sistemas de información adaptados a la atención integrada y falta de evaluación de resultados²⁸.

Para tratar de solucionar estos retos o dificultades ya se han comentado algunos de los elementos como

en la atención domiciliaria. Además, es preciso intensificar los esfuerzos en mejorar la vinculación o comunicación mutua de información entre el sistema sanitario y el ámbito social, ligada a la Historia clínica y social de la persona, según el perfil y necesidades de cada profesional. Como ejemplo en este sentido, se incluye en este informe la experiencia de Navarra, con una herramienta compartida de valoración de riesgo sociosanitario, que pueden ser de ayuda para otras CCAA.

Se resalta también, en el ámbito de la atención coordinada social y sanitaria, el acceso a recursos asistenciales para la hospitalización a media y larga estancia, descrito en muchas de las CCAA y que debe de continuarse y mejorarse, así como garantizar el acceso también desde AP.

5.6. MARCO EVALUATIVO Y VALORACIÓN DE LA CALIDAD

Es esencial contar con procesos de evaluación y valoración de todo tipo de estrategias y políticas de atención sociales y sanitarias. Así, se entiende por evaluación y mejora de la calidad al “establecimiento de la práctica más adecuada en cada momento considerando: los conocimientos actuales, la visión experta de los profesionales y la percepción y experiencia de las personas usuarias y familiares, compararse con otros modelos también llevados a la práctica, identificar problemas y sus motivos, aplicar los cambios necesarios para incidir en sus causas y, finalmente, cerciorarse de que los cambios llevados a cabo son efectivos”²⁸.

Además, se deben revisar los criterios de normalización de la agenda de calidad que debe contemplar la complejidad del paciente, para la atención urgente, a demanda y programada, en el centro y en el domicilio, las actividades de educación para la salud, las intervenciones en la comunidad, las consultas e interconsultas no presenciales y las actividades de docencia e investigación.

Los sistemas de evaluación deben basarse en obtener información para conseguir el cuádruple objetivo de cualquier política sanitaria o social: la mejora de los resultados en salud o bienestar de la persona, optimizar los costes y mejorar la experiencia tanto del usuario como del profesional. En este sentido algunas comunidades por ejemplo Navarra se implican en la valoración del coste- eficiencia de las políticas de AP y de la utilización de recursos sanitarios en atención domiciliaria.

Finalmente, es necesario impulsar el trabajo de las agencias de evaluación de tecnologías sanitarias y prestaciones del SNS estatales y autonómicas para que se establezcan una serie de indicadores compartidos para valorar las iniciativas desarrolladas de manera integral (aspectos de gestión, operacionales y de experiencia del usuario) que permitan identificar aquellas experiencias de las que puedan extraerse aprendizajes para tratar de replicarlas en otros territorios.

5.7. SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y TECNOLOGÍA DIGITAL Y SANITARIA

Se hace evidente, en todos los documentos y estrategias consultados, la evolución hacia sistemas de información digitales e integrados bajo la filosofía “una persona, un plan”¹⁰. De hecho, se considera que esto es un **requisito para poder proveer una correcta atención integral centrada en la persona**, en sus necesidades y acorde a sus deseos y preferencias.

Es esencial contar con sistemas de información compartidos e interoperables entre los servicios sanitarios y sociales de los diferentes niveles que permitan a los profesionales acceder, modificar y conocer en tiempo real los datos suficientes y necesarios para poder diseñar, aplicar y evaluar los planes de intervención personalizados a cada usuario. De hecho, sería positivo desarrollar cuadros de mandos integrales, apoyados en tecnologías de la información, que permitan a los equipos monitorizar el cumplimiento de los objetivos y orientar a los profesionales hacia la consecución de una mayor efectividad, mejorando los resultados en salud, y una mayor eficiencia en la gestión de los recursos.

Es importante aclarar en este momento que es preciso establecer qué datos y variables formarán parte de ese conjunto mínimo de datos compartidos para garantizar la privacidad y la protección de datos sensibles del usuario. Dicho de otro modo, **hay que armonizar la necesidad de contar con unos datos mínimos compartidos y a disposición de los profesionales con la privacidad del usuario.** Este aspecto ha sido uno de los que en más ocasiones ha salido a relucir en las entrevistas y cuestionarios pues representa un reto de enorme magnitud en el objetivo de crear una historia clínica y social compartida para utilizarse en la provisión de atención integrada.

De hecho, en algunos territorios se ha identificado que existen historias clínicas diferentes y no interoperables entre diferentes niveles o servicios sanitarios y la norma es que los servicios del ámbito sanitario y del ámbito social no compartan información entre ellos. En ese sentido, se ha sugerido la necesidad de un marco jurídico que permita realizar el desarrollo de estos sistemas de información compartidos, tanto para la historia clínica y social como para el plan de atención integral (esto es social y sanitario) único y personalizado,

asegurando la protección y privacidad de los usuarios y permitiendo la labor de los diferentes profesionales implicados en su proceso de cuidado.

Por otro lado, también en el Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria⁴⁶ se señalan otros objetivos que podrían alcanzarse mediante el uso de las tecnologías de la información y la comunicación. Nos referimos al establecimiento de procedimientos estructurados y sistemáticos de comunicación entre profesionales en la transferencia de pacientes que garanticen la continuidad asistencial de los mismos; proporcionar herramientas de ayuda para la toma de decisiones compartidas y seguimiento con otros profesionales y el propio paciente; desarrollar sistemas de automatización que permitan integrar, en la Historia de Salud Digital, las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica del SNS, los protocolos de actuación y las Guías Farmacoterapéuticas de área, así como los protocolos para el desarrollo de las competencias enfermeras de indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos; impulsar las consultas telemáticas de ágil resolución, con identificación segura del usuario, que permitan la integración de la solicitud de consulta y respuesta en la Historia de Salud Digital; o extender las modalidades de interconsulta no presencial con imagen asociada y acceso a pruebas complementarias adecuadas e indicadas.

Tampoco podemos olvidarnos del potencial que representa la tecnología digital en el desarrollo de nuevos servicios asistenciales como la teleasistencia avanzada proactiva; la telemonitorización y mecanismos de seguimiento de diferentes variables y parámetros de salud y seguridad que pueden tener un papel importante en la vigilancia, prevención, intervención y promoción de la salud; y la teleconsulta o telemedicina entre profesionales y con el propio usuario sin necesidad de desplazarle al centro sanitario y de servicios sociales. Es preciso señalar en este momento que en este contexto adquiere más importancia que nunca la colaboración con las entidades privadas proveedoras de tecnologías sanitarias que tendrán, sin ningún tipo de duda, un papel central en la prestación de servicios asistenciales en el domicilio. Son estas entidades las encargadas de la instalación de la tecnología en el domicilio, del control y seguimiento del buen uso y estado de las mismas y de reposición de material fungible asociado a su utilización. Por ello, es de vital importancia contemplar, como se ha comentado más arriba, la creación de marcos estables de colaboración en los que se definan las responsabilidades de cada parte implicada en ellos.

Finalmente, como decíamos en capítulos anteriores y profundizaremos en alguno de los siguientes, la tecnología sanitaria en su conjunto, desde sus formas más avanzadas, complejas e innovadoras, a las aparentemente más simples y cotidianas (como los apósitos y empapadores avanzados), tienen un papel de especial relevancia en la atención en el domicilio de las personas mayores y personas con algún tipo de enfermedad crónica. Estas tecnologías van a permitir responder y satisfacer las necesidades de cuidado de estas personas respetando sus preferencias y deseos. Lo harán equilibrando las demandas surgidas ante una determinada necesidad y los recursos existentes en un determinado territorio o contexto ambiental, en el que viven estas personas. Dicho de otra manera, la tecnología sanitaria permitirá el desarrollo de planes de intervención integrados, flexibles y ajustados a las necesidades integrales de la persona respetando sus deseos y preferencias y optimizando los recursos existentes. En este sentido, **es necesario desarrollar iniciativas de promoción del conocimiento de las tecnologías disponibles para garantizar que, tanto los profesionales, como los potenciales usuarios de las mismas, las conocen y las tienen a su disposición en función de una serie de indicadores de ajuste.**

5.8. COSTE-EFICIENCIA DE LA ATENCIÓN EN EL DOMICILIO

Existe, en general, una falta de evidencia robusta que permita analizar el coste eficiencia de la atención integrada en el domicilio. No obstante, los datos de los que se disponen, si bien es cierto que son limitados, apuntan a **que una correcta atención en el domicilio permite obtener beneficios en términos de mejor satisfacción con los componentes de atención integrada tales como el proceso de valoración integral, el plan de atención coordinado, la coordinación sanitaria y social con la incorporación de protocolos conjuntos y una cartera de servicios conjunta.** Además, se muestran algunos impactos en cuanto a una disminución aproximada de un 20% de la tasa de institucionalización¹⁰. Finalmente, se reconoce el efecto de esta modalidad de atención en la disminución de las visitas a urgencias.

Con el progresivo desarrollo y obtención de resultados de la evaluación de estas políticas e iniciativas se podrá adquirir un mayor y mejor conocimiento que permita, a su vez, desarrollar nuevas políticas y estrategias sanitarias y de servicios sociales eficientes y efectivas redistribuyendo y optimizando los recursos disponibles.

5.9. ANÁLISIS DE LOS COMPONENTES DEL PLAN ESPAÑA PUEDE RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN DOMICILIARIA.

5.9.1. COMPONENTE 18. RENOVACIÓN Y AMPLIACIÓN DE LAS CAPACIDADES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Este componente pretende corregir las debilidades estructurales detectadas y adaptar el sistema sanitario a los retos y desafíos identificados. Su objetivo es tener un modelo sanitario más robusto, flexible y resiliente, que afiance la sanidad pública como un pilar esencial del Estado del Bienestar, pero que también sea punta de lanza del desarrollo social en España. Las 5 reformas y 6 inversiones que incluye son las siguientes:

1. Fortalecimiento de la atención primaria y comunitaria
2. Reforma del sistema de salud pública
3. Consolidación de la cohesión, la equidad y la universalidad
4. Refuerzo de las capacidades profesionales y reducción de la temporalidad
5. Reforma de la regulación de medicamentos y productos sanitarios y mejora del acceso a medicamentos.

Las 6 inversiones que representan un coste total de 1.069.000.000 euros son las siguientes:

1. Plan de inversión en equipos de alta tecnología
2. Acciones para reforzar la prevención y promoción de la salud
3. Aumento de capacidades de respuesta ante crisis sanitarias
4. Formación de profesionales sanitarios y recursos para compartir conocimiento
5. Plan para la racionalización del consumo de productos farmacéuticos y fomento de la sostenibilidad.
6. Data lake sanitario

Las inversiones presentadas en el componente 18 no procederán solamente del MRR, sino que está prevista también financiación de los presupuestos nacionales, asegurando en cada caso la complementariedad, garantizando que cada instrumento cubra costes diferentes, evitando solapamientos o duplicidades.

Las Comunidades Autónomas participan en las Estrategias, en los planes operativos, en la definición de criterios y acciones a desarrollar, en los acuerdos de distribución de fondos y en el seguimiento y evaluación de las medidas. El Consejo Interterritorial será el órgano clave en la aplicación de las medidas.

5.9.2. COMPONENTE 22. PLAN DE CHOQUE PARA LA ECONOMÍA DE LOS CUIDADOS Y REFUERZO DE LAS POLÍTICAS DE INCLUSIÓN.

Los servicios sociales, con especial atención al modelo de cuidados de larga duración, promoviendo la innovación y un modelo de Atención Centrada en la Persona.

El Componente 22 de esta estrategia incluye los siguientes objetivos:

- Refuerzo de la atención a personas dependientes y transformación del modelo de apoyos y cuidados de larga duración.
- Desarrollo de una Ley Marco de Servicios Sociales y una Ley de Diversidad Familiar
- Promoción de la innovación y las nuevas tecnologías en los servicios sociales

En su conjunto, el componente aborda 5 reformas y 5 inversiones, previstas en 3,502 millones de euros. Entre las reformas previstas se incluyen:

1. Reforzar la atención a la dependencia y promover el cambio de modelo de apoyos y cuidados de larga duración.
2. Modernizar los servicios sociales públicos y dotarles de un nuevo marco normativo.

Las inversiones previstas relacionadas con la atención domiciliaria son:

1. Plan de apoyos y cuidados de larga duración: desinstitutionalización, equipamientos y tecnología.
2. Plan de Modernización de los Servicios Sociales: Transformación tecnológica, innovación, formación y refuerzo de la atención a la infancia.
3. Plan España País Accesible.

5.9.3. DESCRIPCIÓN DEL MAPA DE INVERSIONES

En la siguiente tabla se aprecia el valor total de la inversión al igual que su periodicidad entre 2020 y 2026. Se distinguen las partidas acogidas bajo el Mecanismo de Recuperación y Resiliencia (MRR) en comparación con la financiación total recibida, incluyendo otras fuentes externas de inversión.

Periodificación (M€)	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	Total
Financiación bajo el MRR		1000	1192	300				2492
Otra financiación				1010				1010
Financiación total (MRR + Otras)		1000	1192	1310				3502
% sobre el total del plan								3,60

En la siguiente tabla se presenta la inversión por subcomponente.

Código	Inversiones	Financiación (M€)	% sobre el total	COFOG
C22.I1	Plan de apoyos y cuidados de larga duración: desinstitucionalización, equipamientos. y tecnología	2100	60%	10.1 10.2 10.7 10.8
C22.I2	Plan de Modernización de los Servicios Sociales: Transformación tecnológica, innovación, formación y refuerzo de la atención a la infancia.	899,1	25,7%	10.7 10.8 10.9
C22.I3	Plan España País Accesible	157,5	4,5%	10.7 10.9
C22.I4	Plan España te protege contra la violencia. machista	153,4	4,4%	10.7
C22.I5	Incremento de la capacidad y eficiencia del sistema de acogida de solicitantes de asilo	190	5,4%	10.9
Total componente		3502	100%	

Detallamos la inversión que más relacionada está con la atención domiciliaria.

C22. I1. Plan de apoyos y cuidados de larga duración: desinstitucionalización, equipamientos y tecnología.

Esta línea de inversión se concreta en las siguientes seis actuaciones:

1. Hacer una evaluación de la situación actual de las políticas de cuidados, y especialmente del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, señalando las necesidades de mejora y formulando propuestas para reforma.
2. Elaborar una Estrategia Nacional de Desinstitucionalización, conteniendo los estudios necesarios para ello y la realización de campañas de sensibilización y difusión del proyecto.
3. Financiar al menos tres proyectos piloto, para demostrar cómo funcionan las nuevas políticas y para utilizarlas como experiencias de aprendizaje.
4. Asegurar que los centros residenciales a los que tengan que trasladarse a vivir aquellas personas que, por sus necesidades, no puedan seguir en su domicilio, reúnan unas características adecuadas para el cambio de modelo de cuidados de larga duración que se quiere impulsar. Para ello, se financiarán nuevos equipamientos públicos de tamaño y diseño adecuados para este modelo, o la remodelación de los existentes.
5. **Impulsar centros de día innovadores e integrados en la comunidad** que permitan apoyos y cuidados en la proximidad del domicilio, favoreciendo también su desarrollo también en áreas rurales.
6. **Introducir equipamientos domiciliarios que favorezcan la promoción de la autonomía personal mediante el uso de la teleasistencia avanzada**, así como de cualquier otro medio tecnológico que permita la prestación de apoyos y cuidados en viviendas conectadas y entornos de cuidados inclusivos, también en el medio rural.

El 89% de las inversiones de esta línea (es decir, 1860 millones de euros) corresponden a proyectos propuestos por las CCAA y las entidades locales, como resultado de un análisis exhaustivo de sus necesidades territoriales. Por tanto, el coste total de estos proyectos es el resultado de la suma de los costes calculados proyecto a proyecto por cada autoridad.

Estos proyectos incluyen la construcción de **nuevos equipamientos residenciales y centros de día o su rehabilitación (1.410 millones)**, y la **inversión en teleasistencia y otros dispositivos tecnológicos relacionados con los cuidados de larga duración (450 millones)**.

En cuanto a la teleasistencia, actualmente hay en España 870.000 personas dependientes viviendo en su hogar sin atención de **teleasistencia**. Al coste actual, ampliar el servicio para dar cobertura a todos ellos supondría una inversión de **200 millones de euros al año**.

Implementación de la inversión	Respecto a los tres tipos de inversión siguientes (construcción y remodelación de equipamientos residenciales adaptados a la ACP, nuevos centros de día y tecnología al servicio de los cuidados de larga duración) el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 distribuirá los fondos disponibles entre los proyectos concretos de inversión presentados por las Comunidades Autónomas, asegurando que contribuyen a estos objetivos y garantizando una distribución territorial adecuada y que contribuyen a afrontar el reto demográfico. Posteriormente, la ejecución de los proyectos será monitorizada por el Ministerio y se evaluarán sus efectos.
Administración ejecutora	Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, Comunidades Autónomas y Entidades Locales.
Tamaño y naturaleza de la inversión	2100M€
Calendario de implementación de la inversión	2021-2023 <ul style="list-style-type: none"> • 2021: 530,4 millones de euros • 2022: 741,4 millones de euros • 2023: 828,2 millones de euros

En la siguiente tabla se aprecia el valor total de la inversión en este subcomponente y su periodicidad entre 2020 y 2026. Se distinguen las partidas acogidas bajo el Mecanismo de Recuperación y Resiliencia (MRR) en comparación con la financiación total recibida, incluyendo otras fuentes externas de inversión.

Periodificación (M€)	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	Total
Financiación bajo el MRR		530,4	741,4	208,9				1480,7
Otra financiación				619,3				619,3
Financiación total (MRR + Otras)		530,4	741,4	828,2				2100

En 2021-2023 no hay financiación de otras fuentes ni europeas (según el artículo 8 del Reglamento). A partir del 2024, el desarrollo de la Estrategia Nacional de Desinstitucionalización, que habrá sido desarrollada en el PRTR, se financiará en parte con el FSE+, incluyendo una nueva tanda de proyectos de innovación en este campo.

En los anexos se incluye la información sobre las propuestas relacionadas con la atención domiciliar de los planes de recuperación de cada CCAA. (Anexo 3)



Imagen cedida por Fresenius Kabi

PARTE 2

SOLUCIONES

CAPÍTULO 6.

EL VALOR DE LA TECNOLOGÍA, ¿QUÉ SE PUEDE HACER Y NO SE ESTÁ HACIENDO?

6.1. TERAPIAS Y SOLUCIONES DISPONIBLES. SITUACIÓN ACTUAL.

6.1.1. UN MUNDO CAMBIANTE Y CADA VEZ MÁS ENVEJECIDO

El abordaje de los principales problemas sanitarios cambia a medida que también lo hace el escenario en el que nos encontramos. Cada vez vivimos más y, por tanto, somos una sociedad más y más envejecida. Según las previsiones, en 2050 España alcanzará la cifra de 65 millones de españoles, y en 2060 la población española adquirirá su envejecimiento máximo. Por ello, las palabras clave en estos momentos son: cronicidad, envejecimiento, comorbilidad y polimedicación.

La especial idiosincrasia de nuestro país, en la que la atención social y sanitaria es competencia delegada a las comunidades autónomas, está provocando una falta de coordinación entre los sistemas sanitarios y sociales de las distintas Comunidades. Por otro lado, actualmente la sociedad demanda una mejor calidad de vida y los pacientes tienen cada vez mayores exigencias en cuanto al nivel de cobertura y calidad de los diferentes recursos y servicios de atención.

Este panorama tiende a generar un crecimiento exponencial del gasto, tanto sanitario como social, y para abordar este problema hay que diseñar nuevos sistemas de gestión.

El desarrollo de las tecnologías de la comunicación y de la información, la aplicación de herramientas como la telemedicina o la telemonitorización y las constantes mejoras en los dispositivos y procedimientos disponibles permiten optimizar, en tiempos y recursos, el abordaje y seguimiento de los pacientes y mejorar considerablemente su calidad de vida.

La Tecnología Sanitaria juega un papel clave en el cuidado y mejora de la salud de los pacientes

haciendo posible que lleven una vida con las menores limitaciones posibles, facilitando el trabajo diario de los profesionales sanitarios y aportando beneficios al sistema.

Otro de los criterios que dimensionan la importancia de estas tecnologías viene dado por el enorme impacto en la mejora de la gestión del sistema sanitario que proporcionan, por ejemplo, los programas de telemonitorización clínica y atención domiciliaria no presencial, así como las soluciones digitales, ya que permiten liberar recursos al identificar aquellos pacientes que, por su sintomatología, carga de morbilidad o complejidad clínica, pueden ser atendidos preferentemente en sus domicilios (por ejemplo para pasar consulta, realizar exámenes, o monitorizar y responder cuestionarios de seguimiento virtualmente), evitar reingresos y, en general, aligerar la carga asistencial de los hospitales. También nos encontramos con soluciones tecnológicas que permiten la automatización de la gestión de la medicación, que ayudan a disminuir la carga de trabajo de los servicios de farmacia hospitalaria o sociosanitaria (sin que ello implique la entrega de los medicamentos a las personas en sus domicilios), haciéndolos más eficientes y seguros, y permitiendo a los profesionales encargados de su atención realizar otras tareas que realmente aporten un mayor valor a las personas atendidas.

La tecnología sanitaria empodera a las personas usuarias en su propio proceso asistencial y el nuevo perfil como usuaria implicada en ello y nueva consumidora de servicios sanitarios demanda una medicina preventiva, predictiva, personalizada y de precisión que permita mejorar su experiencia como usuario y, en los casos necesarios, como paciente y obtener, de esta forma, los mejores resultados de salud posibles, de manera coste-eficiente y con valor añadido.

6.1.2. TERAPIAS Y SOLUCIONES DISPONIBLES EN EL ÁMBITO DOMICILIARIO.

En este documento se entiende por tecnología sanitaria a todos los productos, dispositivos, equipos, materiales, terapias, soluciones y procedimientos médicos y quirúrgicos utilizados en la atención sanitaria y desarrollados para la predicción, el pronóstico, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, el seguimiento, el control de una enfermedad, un estado fisiológico o patológico, una lesión o una discapacidad y para la mejora de

la calidad de vida de los pacientes. Además, las presentadas aquí deben cumplir otro requisito, se deben poder utilizar en el entorno domiciliario del potencial usuario, esto es en la atención domiciliaria.

6.2. EXPERIENCIAS DE USO.

6.2.1. DEFINICIÓN DE LOS PERFILES

En este apartado, se incluirán una serie de descripciones de la situación integral de varias personas imaginarias. El objetivo es ejemplificar, a través de estos perfiles, la utilidad y los beneficios que se pueden obtener mediante la aplicación de la tecnología a los cuidados y apoyos sanitarios y sociales en el entorno domiciliario que estas personas precisan.

En ningún momento se ha intentado que los ejemplos que se detallan a continuación sean una representación fiel y absolutamente representativa de la sociedad actual o de la totalidad de los potenciales usuarios de la atención en el domicilio. Así, el criterio que ha primado en la redacción de los perfiles ha sido su potencial didáctico y carácter ejemplificador para resaltar la utilidad de la tecnología en casos reales similares a los expuestos.

No obstante, es preciso aclarar en este momento que, sin perder de vista el enfoque anteriormente detallado, la construcción de los casos se ha basado en la información y evidencia científica disponible.

De esta forma, para la elaboración de los casos de personas con enfermedades crónicas hemos utilizado los Grupos de Morbilidad Ajustados (GMA) que publicó el Ministerio de Sanidad en 2018⁴⁵. En dicho documento se presenta una propuesta de estratificación de la población atendida por el Sistema Nacional de Salud con el objeto de conocer más en detalle las necesidades integrales de las personas y así centrar el sistema en ellas y no únicamente en sus enfermedades. Así, los GMA permiten estratificar a la población en diferentes niveles en función de una serie de perfiles predeterminados en función de una serie de variables sociosanitarias. Más en detalle, se tiene en cuenta la multimorbilidad y la complejidad de los casos.

Por otro lado, se han utilizado los datos de la última Encuesta Nacional de Salud de España⁴⁴ disponible. Esta Encuesta recoge información sanitaria de toda la

población sobre su estado de salud, determinantes personales, sociales, ambientales y el uso y acceso a los servicios sanitarios. Con esta información podemos tener una visión amplia y holística sobre las diferentes dimensiones de la persona lo que nos permitirá establecer perfiles diferenciados y siempre basados en dicha información para tratar de aportar casos los más reales posibles.

Finalmente, en relación al perfil de las personas mayores se han utilizado varias fuentes de información estadística. En primer lugar, nos hemos basado en los indicadores que se publican anualmente por parte de Laboratorio Envejecimiento en Red cuya última versión disponible es la de 2020⁵⁷. Este perfil proporciona “una visión de conjunto de las condiciones de vida de la población de 65 y más años, así como de los cambios que ha experimentado en los últimos años”. Se incluye la evolución demográfica a nivel estatal, datos de salud y diversas características económicas y sociales de este grupo de personas. En segundo lugar, si bien no es exclusivo de las personas de 65 y más años, se han utilizado los últimos datos disponibles del Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)⁶⁴. En esta información se pueden encontrar datos acerca de la “evolución de la gestión del SAAD relativa a las personas que se encuentran pendientes de recibir su prestación, la distribución de las prestaciones reconocidas en función de su tipología o el colectivo de personas que ya se encuentran atendidas en cada una de las Comunidades Autónomas”. Lo referenciamos aquí porque la gran mayoría de las solicitudes la realizan personas de 65 o más años (casi un 75% de todos los casos).

6.2.2. TERAPIAS Y SOLUCIONES, PARA TODOS

En este momento es preciso realizar una aclaración en relación al enfoque de la relación de casos que se incluirán a continuación. Como se ha dicho anteriormente, nuestro objetivo es exponer una serie de situaciones clínicas y sociales que evidencien, de la forma más didáctica posible, la potencialidad de la utilización de diferentes tecnologías y soluciones sanitarias para la atención de las necesidades integrales de las personas mayores o de personas con enfermedades crónicas en ámbito domiciliario. Así, es posible que, al leer los diferentes casos seleccionados y la relación de tecnologías y soluciones disponibles, pueda dar la impresión de que el futuro de la atención y el objetivo de este documento sea la utilización indiscriminada de tecnología sanitaria y dispositivos electrónicos que traten de manera individual las diferentes situaciones

expuestas y no de manera integrada. Nada más lejos de la realidad. Simplemente, hemos optado por describir todo el abanico de soluciones disponibles para que el lector de este documento pueda hacerse una idea amplia y detallada de la potencialidad de la aplicación de dichas soluciones. Además, algunas de las soluciones y tecnologías que se detallan en los casos se repiten de manera similar en algunos de ellos. Aún a riesgo de ser demasiado reiterativos, se ha optado por mantener la redacción en todos los casos, sin importar la repetición, para garantizar y optimizar la comprensión del potencial alcance de la utilización de la tecnología en los diferentes casos. Finalmente, también garantizamos, manteniendo todo el contenido redactado, que un lector interesado en un caso concreto o en una patología específica podrá hacerse una idea completa de las soluciones y terapias que se pueden aplicar en él.

Por otro lado, si bien es cierto que en la exposición de los casos se incluirán una serie de determinantes de la salud, tanto físicos como sociales, y determinadas patologías que nos sirvan para explicar y evidenciar el potencial uso de la tecnología sanitaria en el domicilio de las personas; creemos necesario empezar este ejercicio hablando de una serie de terapias y soluciones que pueden ser útiles para toda la población en general, sin necesidad de sufrir una determinada enfermedad o presentar unas características concretas y diferenciales.

Nos referimos, en primer lugar, a todo el abanico de soluciones disponibles gracias a la digitalización de los sistemas de salud y social como podría ser contar con un espacio virtual sanitario y social, tanto en formato web como en formato aplicación móvil, en el que se incluyan los distintos instrumentos y herramientas de gestión sanitaria y social que mejorará, sin ninguna duda, la gestión integral e integrada de los cuidados de una persona a la vez que la empodera. Nos referimos a contar con funcionalidades como la teleconsulta y telediagnóstico para determinadas cuestiones, la gestión de citas, una historia clínica y social compartida e integrada plenamente funcional y operativa, sistema de dispensación de recetas electrónicas, acceso a los planes personales e individualizados de atención o de cuidados integrales en el que la persona pueda consultar todo lo relacionado con la gestión de sus enfermedades,

subir información, interactuar con los profesionales responsables de su atención y pueda validar dichos planes.

Por otro lado, no nos podemos olvidar del aprendizaje extraído a lo largo de estos meses de pandemia. Así, es necesario resaltar el aporte y beneficios que se extraen de la utilización de soluciones dirigidas a la prevención y control de posibles futuras pandemias y otras enfermedades infecto-contagiosas. Nos referimos a los diferentes productos sanitarios de higiene (geles hidroalcohólicos, desinfectantes de ambientales y de superficies, etc.), los equipos de protección individual (guantes, mascarillas, batas, etc.) y la implementación de procesos estandarizados para disminuir el riesgo de estas infecciones tanto en el domicilio como en entornos especializados relacionados con la asistencia sanitaria. Otro de los aprendizajes de la pandemia es la necesidad de contar con productos, tecnologías y soluciones más resistentes y que permitan espaciar las visitas de la persona al centro de salud, hospital de referencia o del equipo de atención a su propio domicilio. Nos referimos, por ejemplo y con la intención de que se entienda este punto, a en el caso de necesitar una cura en una herida, contar con, además de las funcionalidades de teleconsulta y telediagnóstico anteriormente referidas, apósitos avanzados diseñados y fabricados con materiales más resistentes y que sean fáciles de utilizar para implicar a la persona y a su entorno afectivo en los cuidados precisos.

Finalmente, no por ser más habitual y común en todos los domicilios dejaríamos de mencionar una serie de soluciones que, a veces pueden pasar desapercibidas, pero que representan un gran valor diferencial en nuestro bienestar y calidad de vida. Se trata de todos los productos sanitarios a utilizar en caso de alguna urgencia en el domicilio como serían solución para limpieza de heridas, antisépticos para piel sana con biocidas, antisépticos con aplicador de un solo uso para la inserción y el mantenimiento de los catéteres venosos y para la desinfección de la piel previa a una inyección, desinfectantes para material y productos sanitarios, apósitos estériles y especializados en el tratamiento y prevención de heridas y cicatrices, gasas, vendas, esparadrapos, cremas hidratantes y cicatrizantes para su utilización en piel sana y/o con heridas, etc.

Tabla resumen del perfil de necesidades de los casos.

Caso	Datos demográficos	Variables sanitarias	Variables sociales	Variables tecnológicas
1	Varón. 70 años. Entorno rural	Enfermedad genitorurinaria. Cáncer de próstata. Hipertenso. Problemas auditivos. Sobrepeso. Polimedicación. Activo físicamente.	Autónomo e independiente. Red de apoyo pequeña.	Usuario básico de tecnología.
2	Mujer. 73 años. Entorno urbano.	Ceguera absoluta. Artrosis. Dificultades leves para caminar. Síntomatología depresiva. Sobrepeso. Sedentarismo.	Nivel de funcionalidad adaptada a su situación: sin dependencia funcional en su entorno. Cuidadora principal de su cónyuge. Red social muy reducida.	Usuaría avanzada.
3	Mujer. 85 años. Centro residencial para personas mayores.	Demencia tipo alzheimer. Riesgo de malnutrición. Problemas en el sistema musculoesquelético. Incontinencia. Síntomas psicológicos y conductuales relacionados con la demencia. Polimedicación	Dependencia para todas las AVD. Red de apoyo reducida a su hija (cuidadora familiar principal y de referencia).	No es usuaria autónoma.
4	Mujer. 63 años. Entorno urbano.	Deterioro cognitivo compatible con demencia (fases iniciales). Enfermedad renal crónica. Síntomatología depresiva.	Actualmente, autónoma e independiente que evolucionará hacia la situación de dependencia. Cuidadora principal de su cónyuge. Amplia red de amigos (comparte ocio).	Usuaría básica.
5	Mujer. 5 años. Entorno urbano.	Enfermedad neurodegenerativa rara. Ataques epilépticos. Dolor crónico. Dificultades respiratorias. Alteraciones motoras. Disfagia. Discapacidad cognitiva.	Dependencia funcional total. Silla de ruedas. Red social limitada a sus padres. Importante sobrecarga emocional. Tensiones económicas.	No es usuaria autónoma.
6	Varón. 7 años. Entorno rural	Diabetes. Intolerancias alimenticias. Retraso del desarrollo del sistema musculoesquelético (habilidades finas y gruesas).	Nivel de autonomía e independencia dentro de la normalidad para su edad. Amplia red social-familiar e implicación. Riesgo de aislamiento con sus iguales.	No es usuario autónomo pero podría aprender.

Caso	Datos demográficos	Variables sanitarias	Variables sociales	Variables tecnológicas
7	Mujer. 34 años. Entorno urbano.	Síndrome de Down. Nivel cognitivo límite bajo de la normalidad. Alteraciones conductuales autolesivas. Obesidad. Trastorno de la conducta alimentaria (atracones). Síntomatología ansiosa. Baja adherencia terapéutica y riesgo de consumo excesivo de medicamentos.	En situación de dependencia leve. Padres en riesgo de claudicación (agotamiento, sobrecarga emocional). Acude a un centro especial de empleo. Sin red social.	No es usuaria autónoma.
8	Varón. 55 años. Entorno urbano.	Situación de final de vida. Cáncer terminal. Dolor intenso asociado a su enfermedad. Funciones cognitivas preservadas.	Dependencia para todas las AVD. Red de apoyo familiar.	No es usuario autónomo.
9	Varón. 43 años. Entorno urbano.	Obesidad. Hipercolesterolemia. Hipertensión. Dolor crónico. Infarto de miocardio con intervención quirúrgica. Polimedicación. Buena adherencia terapéutica. Adicción a sustancias tóxicas (alcohol y tabaco).	Autónomo e independiente. Red social de apoyo pequeña pero segura.	Usuario avanzado.
10	Mujer. 40 años. Entorno urbano.	EPOC. Amputación de una extremidad durante su infancia. Síntomatología ansiosa y depresiva. Importante consumo de fármacos y psicofármacos.	Autónoma e independiente. Red social amplia.	Usuaría avanzada.

Tabla resumen de tecnologías sanitarias en función del perfil de necesidades de los casos.

Caso	Tecnologías Comunes	Tecnologías para responder a las variables sociales	Consideraciones a las variables tecnológicas
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	<p>Espacio virtual de gestión integral social y sanitaria (historia compartida, gestión de citas, consultas, pruebas, valoraciones, teleconsulta y telediagnóstico, gestión de recetas, planes individualizados de atención, etc.).</p> <p>Productos sanitarios de higiene personal, limpieza de la piel, desinfectantes, curas de heridas y cremas hidratantes.</p> <p>Equipos de protección individual.</p> <p>Procesos estandarizados para reducción de infecciones y productos asociados.</p>		
Caso 1	Tecnologías para responder a las variables sanitarias	Tecnologías para responder a las variables sociales	Consideraciones a las variables tecnológicas
	<p>Prótesis auditivas</p> <p>Soluciones para el manejo de la incontinencia urinaria masculina y fungible asociado.</p> <p>Equipos de infusión intravenosa con bombas electrónicas a domicilio y fungible asociado.</p> <p>Terapias de acceso subcutáneo para la infusión de medicamentos.</p> <p>Herramientas de monitorización remota y soluciones inteligentes ponibles.</p> <p>Sistema de gestión clínica y social remota (telemonitorización clínica, aprovisionamiento y estocaje).</p> <p>Sistemas Point of Care.</p>	<p>Teleasistencia avanzada.</p> <p>Teleasistencia móvil.</p>	<p>Necesario algún tipo de programa de formación para garantizar el buen uso y la seguridad en la utilización de la tecnología.</p>
	<p>Sistema de gestión de productos y estocaje.</p> <p>Monitorización remota y soluciones inteligentes ponibles.</p>	<p>Teleasistencia avanzada.</p> <p>Telerrehabilitación motora y funcional.</p>	<p>Todas las soluciones disponibles deben estar adaptadas a su limitación visual.</p>
	<p>Sistema de gestión clínica y social remota (telemonitorización, interconsultas, etc.).</p> <p>Sistemas Point of Care.</p> <p>Sistema de gestión de productos, aprovisionamiento y estocaje.</p> <p>Productos avanzados de prevención y tratamiento de heridas en la piel (caídas, golpes, úlceras, etc.).</p> <p>Soluciones de valoración y tratamiento de las necesidades nutricionales (algoritmos de valoración, productos específicos, suplementos, fungible para nutrición enteral y parenteral, etc.).</p> <p>Soluciones para la incontinencia femenina y fungible asociado.</p>	<p>Soluciones tecnológicas de estimulación cognitiva y funcional.</p> <p>Dispositivos de monitorización de la seguridad.</p>	<p>Aplicaciones y sistemas virtuales formativos y de resolución de dudas para los profesionales encargados de sus cuidados diarios.</p>

Caso	Tecnologías para responder a las variables sanitarias	Tecnologías para responder a las variables sociales	Consideraciones a las variables tecnológicas
4	<p>Sistema de gestión clínica y social remota (telemonitorización clínica, aprovisionamiento y estocaje de productos).</p> <p>Sistemas Point of Care.</p> <p>Soluciones de diálisis continua ambulatoria.</p> <p>Soluciones de infusión de medicamentos y otros tipos de terapias y fungible asociado, algoritmos de prevención de complicaciones, teleformación, etc.</p>	<p>Teleasistencia avanzada.</p> <p>Teleasistencia móvil.</p> <p>Soluciones tecnológicas de estimulación cognitiva.</p>	<p>Necesario algún tipo de programa de formación para garantizar el buen uso y la seguridad en la utilización de la tecnología.</p>
5	<p>Sistema de gestión clínica y social remota (telemonitorización, interconsultas, dispositivos ponibles, aprovisionamiento y estocaje de productos, etc.).</p> <p>Sistema Point of Care.</p> <p>Soluciones para la prevención y tratamiento de heridas en la piel.</p> <p>Dispositivos de infusión de medicamentos y otras terapias de infusión intravenosa con bombas electrónicas a domicilio, fungible asociado y formación para cuidadores.</p> <p>Dispositivos de nutrición enteral o parenteral domiciliaria.</p> <p>Soluciones para problemas respiratorios (cánulas de traqueostomía, fisioterapia respiratoria, manejo de secreciones, tratamiento para la apnea obstructiva, ventilación mecánica, etc.).</p>	<p>Teleasistencia avanzada.</p> <p>Soluciones digitales de estimulación cognitiva y funcional.</p>	<p>Necesario algún tipo de programa de formación para garantizar el buen uso y la seguridad en la utilización de la tecnología dirigido a sus cuidadores principales</p>
6	<p>Sistema de gestión remota clínica y social (telemonitorización, aprovisionamiento y estocaje, etc.).</p> <p>Sistema Point of Care.</p> <p>Soluciones de nutrición clínica domiciliaria y resolución de dudas.</p> <p>Dispositivos de monitorización y tratamiento de la diabetes (sistemas de inyección y demás fungible asociado).</p>	<p>Módulo de apoyo a cuidadores.</p> <p>Soluciones digitales de estimulación y telerehabilitación funcional.</p>	<p>Necesario algún tipo de programa de formación para garantizar el buen uso y la seguridad en la utilización de la tecnología dirigido tanto a sus cuidadores principales como a él adaptándolos a su edad y capacidades.</p>

Caso	Tecnologías para responder a las variables sanitarias	Tecnologías para responder a las variables sociales	Consideraciones a las variables tecnológicas
7	<p>Sistema de gestión remota clínica y social (telemonitorización, aprovisionamiento y estocaje, teleconsulta, etc.).</p> <p>Sistema Point of Care.</p> <p>Sistema de nutrición clínica.</p>	<p>Teleasistencia avanzada. Módulo de apoyo a cuidadores.</p> <p>Soluciones tecnológicas ponibles para garantizar la seguridad.</p> <p>Herramientas digitales de estimulación cognitiva y funcional.</p>	<p>Necesario algún tipo de programa de formación para garantizar el buen uso y la seguridad en la utilización de la tecnología dirigido a sus cuidadores principales.</p>
8	<p>Sistema de gestión remota clínica y social (telemonitorización, teleconsulta, aprovisionamiento y estocaje de productos, etc.).</p> <p>Sistemas de infusión de medicamentos, fungible asociado y formación para cuidadores.</p> <p>Sistemas de nutrición parenteral, fungible y formación a cuidadores.</p> <p>Soluciones para el tratamiento de fisioterapia respiratoria y expansión pulmonar, manejo de secreciones, cánulas de traqueostomía, etc.</p> <p>Sistemas de sondaje urinario masculino.</p> <p>Soluciones para la prevención y tratamiento de lesiones en la piel.</p> <p>Sistemas Point of care.</p>	<p>Teleasistencia. Apoyo a cuidadores.</p>	<p>Necesario algún tipo de programa de formación para garantizar el buen uso y la seguridad en la utilización de la tecnología dirigido a sus cuidadores principales.</p>
9	<p>Sistema de gestión remota clínica y social (telemonitorización, teleconsulta, aprovisionamiento y estocaje de productos, etc.).</p> <p>Sistemas Point of Care.</p> <p>Marcapasos, desfibriladores automáticos implantables, resincronizadores cardíacos y otras soluciones dirigidas a la patología cardíaca.</p> <p>Neuroestimuladores y equipos de infusión intravenosa con bombas electrónicas y material fungible asociado y formación para el tratamiento del dolor crónico.</p> <p>Soluciones de valoración diagnóstica y tratamiento de la apnea obstructiva del sueño.</p>	<p>Aplicaciones móviles de estilo de vida saludable.</p>	<p>Necesario algún tipo de programa de formación para garantizar el buen uso y la seguridad en la utilización de la tecnología dirigido al propio usuario.</p>
10	<p>Sistema de gestión remota clínica y social (telemonitorización, teleconsulta, aprovisionamiento y estocaje de productos, etc.).</p> <p>Sistemas Point of Care.</p> <p>Soluciones para la prevención y tratamiento de lesiones en la piel.</p> <p>Soluciones para fisioterapia respiratoria y expansión pulmonar, manejo de secreciones, tratamiento del síndrome de apnea del sueño, etc.</p>	<p>Aplicaciones para la monitorización de la seguridad y estilo de vida saludable.</p>	<p>Necesario algún tipo de programa de formación para garantizar el buen uso y la seguridad en la utilización de la tecnología dirigido a la propia persona.</p>

Caso 1



JUAN, 70 AÑOS.

Vive en entorno rural con su mujer. Su red social se compone de sus hermanos biológicos y políticos. Sus hijos emigraron a la ciudad y están todos a más de 80 km.

Enfermedad genitourinaria, cáncer de próstata, tensión alta, y problemas auditivos (ligera sordera).

Polimedicado.

Sobrepeso.

Activo físicamente, pasea a diario por el pueblo y se encarga de una pequeña huerta. Todas las tardes acude al bar del pueblo donde se toma el café donde echa la partida con otros hombres del pueblo.

Es autónomo para la toma de decisiones e independiente para la realización de las actividades básicas de la vida diaria. Nunca ha realizado tareas relacionadas con la gestión del hogar o domésticas.

A nivel tecnológico podemos afirmar que es usuario básico del teléfono móvil y aplicaciones relacionadas con la comunicación, especialmente mensajes y videoconferencias con sus hijos y nietos.

SOLUCIONES Y TERAPIAS ASOCIADAS

En primer lugar, atendiendo a los aspectos o determinantes más sociales de Juan podríamos decir que se trata de una persona que podría beneficiarse de una herramienta de seguimiento y de atención domiciliaria como la teleasistencia. Más en detalle, en este caso estaríamos hablando de implementarla en su modalidad avanzada que, además de realizar una monitorización de seguridad del hogar diaria y a todas horas, permitiera una supervisión remota proactiva de usuario, detección de riesgos o emergencias, identificación y alarma ante las alteraciones en los hábitos o rutinas de la persona y la utilización de detectores de seguridad y funcionales. Además, acorde con su perfil de actividad física se recomendaría la utilización de teleasistencia móvil que permitiera una geolocalización de Juan, en caso de necesidad, además de una supervisión remota y detección de situaciones de riesgo o emergencia fuera de su hogar.

En relación a la gestión de sus patologías, existe un amplio abanico de soluciones y terapias que podría utilizar. Así, para solucionar o tratar de compensar sus problemas auditivos existen disponibles multitud de prótesis auditivas.

Para la gestión de su enfermedad genitourinaria se dispone de todos los elementos necesarios para realizar un sondaje urinario, empapadores y compresas. Además, si bien es cierto que en el momento actual no lo precisa, es interesante resaltar la disponibilidad de utilización de diferentes soluciones para el manejo de la incontinencia masculina, tales como los sistemas de sondaje permanente con circuito cerrado, sistemas de sondaje intermitentes, kit de sondaje vesical o sistemas colectores masculinos, además de absorbentes especiales de incontinencia urinaria.

Por otro lado, para la gestión del cáncer de próstata existen equipos de infusión intravenosa con bombas electrónicas a domicilio y fungible asociado para distintas aplicaciones para el manejo de dolor crónico y agudo oncológico, antibioterapia y quimioterapia, software para el control de la seguridad, visualización remota de la terapia, autoprogramación y trazabilidad de los medicamentos y bombas elastoméricas multiterapia. Además se cuenta con distintas terapias de acceso subcutáneo para el manejo del dolor y el tratamiento oncológico y soluciones para la infusión de medicamentos y otro tipo de terapias: catéter venoso periférico y central de inserción periférica.

En cuanto a la gestión de su hipertensión, sería interesante utilizar las diferentes soluciones

tecnológicas disponibles para la monitorización remota de la misma. Así, existen diferentes instrumentos que permiten hacer una medición de la tensión arterial de la persona, tanto wearables o soluciones tecnológicas inteligentes ponibles, como a las que no son ponibles. Si bien es cierto que sería necesario aportar la formación adecuada para garantizar un correcto uso de los instrumentos y su seguridad.

Además, sería interesante utilizar alguna herramienta de gestión clínica y social remota de pacientes, que permita integrar y supervisar todo el proceso terapéutico y de apoyos en el domicilio, y de telemonitorización clínica que permita realizar una gestión clínica remota de las enfermedades crónicas, garantizar y facilitar la adherencia terapéutica, monitorización biométrica de signos vitales y datos fisiológicos y la telemonitorización predictiva de riesgos. También es interesante, para Juan, la utilización de algún sistema de gestión y aprovisionamiento, control y seguimiento del estocaje y material necesario para los pacientes en domicilio.

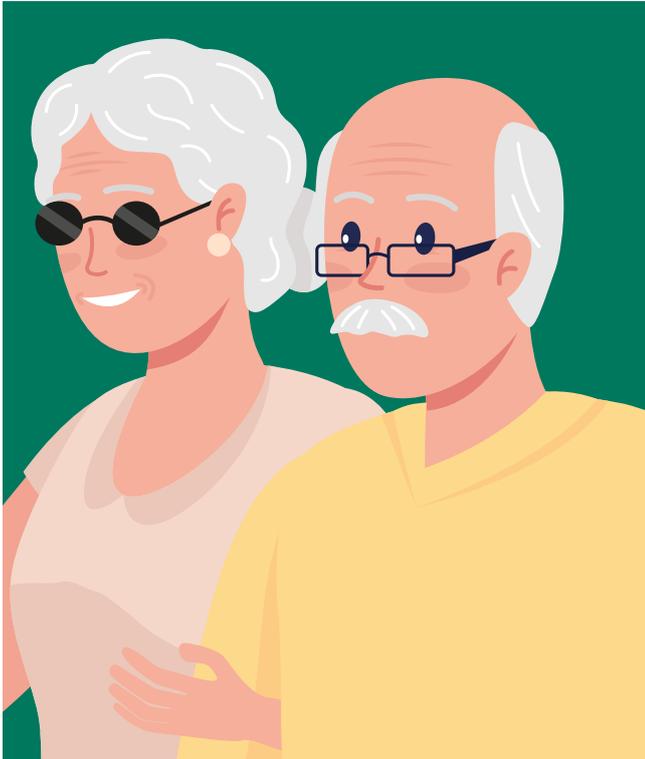
A su vez, existe la posibilidad de utilizar soluciones para el diagnóstico y monitorización in vitro mediante la utilización de test rápidos de diagnósticos como toma de muestras o de biomarcadores. En este sentido, se cuenta con diferentes Sistemas Point of Care portátiles de diagnóstico en tiempo real y calidad de laboratorio mediante biosensores para monitorización de diferentes parámetros metabólicos y biomarcadores, incluyendo gases en sangre, bioquímica y marcadores cardíacos.

Finalmente, no nos podemos olvidar de la posibilidad y beneficios que nos brindaría la utilización de soluciones y servicios para la monitorización de la seguridad, el envejecimiento activo y saludable y la formación y promoción de la salud. Nos referimos, además de a los diferentes wearables o tecnologías ponibles inteligentes, anteriormente comentados, a la multitud de aplicaciones móviles de estilo de vida, fitness, nutrición y programación de actividad que, creemos, serían fácilmente utilizables por parte de Juan tras la formación adecuada sobre su uso.



Imagen cedida por Oximesa Nippon Gases

Caso 2



MARÍA, 73 AÑOS.

Vive en entorno urbano.

Es la cuidadora principal de su cónyuge que se encuentra en situación de dependencia.

No tiene visión (ceguera total). Tiene artrosis y dificultades leves para caminar (no necesita, de momento, ningún tipo de ayuda técnica).

Síntomas depresivos.

Sobrepeso.

Vida sedentaria, no sale de casa más que para lo básico.

Red social limitada a su pareja y a sus hijos que viven en la misma ciudad.

Independiente para la realización de las actividades de la vida diaria y autónoma a nivel decisorio.

Usaria del teléfono móvil y aplicaciones relacionadas con productos culturales y de ocio (lectura, museos virtuales, películas y series, etc.).

SOLUCIONES Y TERAPIAS ASOCIADAS

En el caso de María, lo primero que tenemos en cuenta, y que va a determinar en gran medida las propuestas de tecnologías y soluciones, es su limitación visual. Así, es absolutamente necesario aplicar todas las soluciones disponibles para facilitar y garantizar la correcta accesibilidad de las tecnologías y soluciones propuestas. Además, será necesario adaptarlas para que María pueda hacer un uso correcto y seguro de todas ellas.

Para responder a las necesidades que puedan derivar de su rol como cuidadora principal de su cónyuge creemos que es una pareja que se podría beneficiar, claramente, de una herramienta de seguimiento y de atención domiciliaria como la teleasistencia. Más en detalle, al igual que en el caso anterior, estaríamos hablando de implementarla en su modalidad avanzada que, además de realizar una monitorización de seguridad del hogar diaria y a todas horas, permitiera una supervisión remota proactiva de usuario, detección de riesgos o emergencias, identificación y alarma ante las alteraciones en los hábitos o rutinas de la persona y la utilización de detectores de seguridad y funcionales. Además, dentro de este servicio de teleasistencia avanzada habría que implementar un módulo de apoyo al cuidador que le permitiera adquirir recursos y habilidades, tanto emocionales como psicológicas y conductuales, para afrontar de manera óptima su rol.

María no presenta patologías que impliquen una gestión especialmente compleja, en términos de utilización de soluciones y tecnologías. De este modo, creemos que una de las soluciones que puede serle más útil es contar con un sistema de gestión y aprovisionamiento, control y seguimiento del estocaje y material necesario para los pacientes en domicilio. Especialmente, en lo que se refiere a la dispensación de fármacos en sistemas personalizados de dosificación automatizados para facilitar su correcta utilización y garantizar la trazabilidad y seguridad de los tratamientos. Esto podría ayudar a prevenir posibles problemas relacionados con el uso o mal uso de los medicamentos.

También sería interesante la utilización de las diferentes soluciones tecnológicas disponibles de monitorización remota y de gestión clínica y social remota de pacientes, que permita integrar y supervisar todo el proceso terapéutico y de apoyos en el domicilio

Tampoco en este caso, nos podemos olvidar de la posibilidad y beneficios que nos brindaría la utilización de soluciones y servicios para la monitorización de la seguridad, el envejecimiento

activo y saludable y la formación y promoción de la salud. Nos referimos, además de a los diferentes wearables o tecnologías portátiles inteligentes, a la multitud de aplicaciones móviles de estilo de vida, fitness, nutrición y programación de actividad que, creemos, serían fácilmente utilizables por parte de Juan tras la formación adecuada sobre su uso. Además, en el caso de María, al presentar dificultades leves en su capacidad locomotora, sería interesante explorar la posibilidad de aplicar alguna herramienta que permita la telerrehabilitación motora y funcional adaptada a su limitación visual.

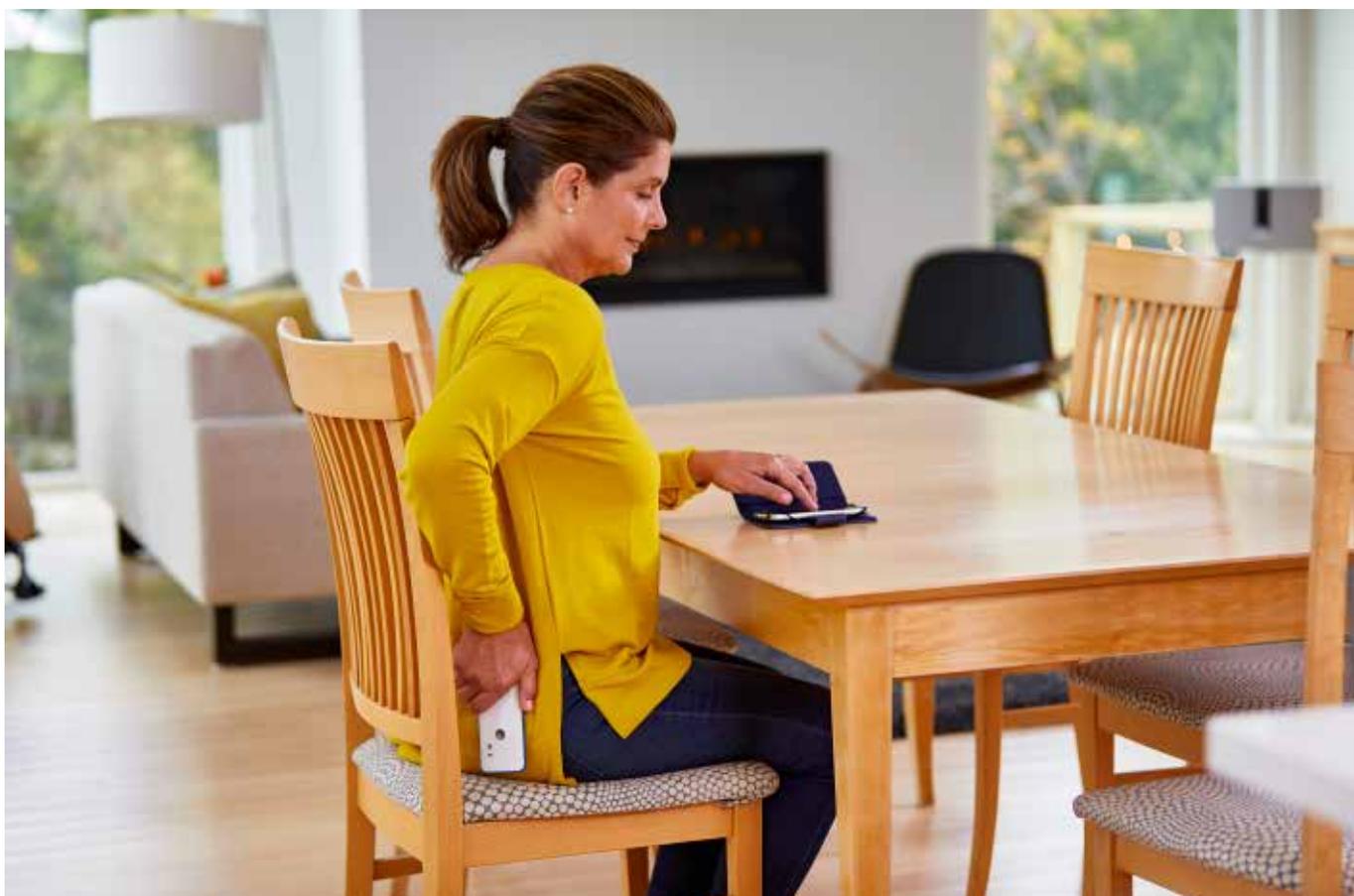


Imagen cedida por Medtronic

Caso 3



ROSA, 85 AÑOS, VIUDA.

Vive en entorno urbano en un centro residencial para personas mayores. Tiene una hija que ejerce de cuidadora familiar principal. Tienes otros dos hijos que no pueden encargarse y compartir la tarea de cuidado.

Tiene demencia tipo alzheimer de varios años de evolución.

En situación de dependencia para la mayoría de las actividades básicas de la vida diaria (necesita supervisión importante en todas ellas).

Nivel educativo básico.

Se encuentra en riesgo de padecer malnutrición. Presenta problemas en el sistema musculoesquelético (riesgo de caída al cambiar de nivel: escaleras, salir de la cama), incontinencia intermitente, síntomas depresivos y comienza a presentar síntomas conductuales y psicológicos relacionados con la demencia (en concreto, episodios de confusión, delirios y problemas para dormir).

Polimedicada.

SOLUCIONES Y TERAPIAS ASOCIADAS

El caso de Rosa es un caso de especial complejidad, tanto por su edad como por su perfil pluripatológico que va a generar un perfil de necesidades altamente diversas e íntimamente interrelacionadas. Por otro lado, si bien es cierto que es un perfil que, creemos, es habitual y reconocible en la mayoría de las personas usuarias de centros residenciales para personas mayores. Además, es un caso interesante para explorar la implementación de la tecnología sanitaria y sociosanitaria en un entorno en el que hay presentes profesionales sociosanitarios.

De este modo, creemos que es posible la utilización de alguna herramienta de gestión clínica y social remota de pacientes, que permita integrar y supervisar todo el proceso terapéutico y de apoyos en el domicilio, y de telemonitorización clínica que permita realizar una gestión clínica remota de las enfermedades crónicas, garantizar y facilitar el correcto manejo de las mismas, monitorización biométrica de signos vitales y datos fisiológicos (que serían revisados tanto por los profesionales sanitarios del centro residencial como por los profesionales sanitarios de referencia y enlace del sistema de salud pública), la telemonitorización de emergencias y predictiva de riesgos, además de posibilitar y facilitar la interacción con los profesionales de referencia y diferentes especialistas que Rosa necesite y que trabajen dentro del sistema nacional de salud. Este último aspecto tiene una especial relevancia en aquellos usuarios en situación de mayor vulnerabilidad y/o complejidad para evitar desplazamientos innecesarios o potencialmente lesivos para el bienestar y calidad de vida de los usuarios.

A su vez, como en los casos anteriores, existe la posibilidad de utilizar soluciones para el diagnóstico y monitorización in vitro mediante la utilización de test rápidos de diagnósticos como toma de muestras o de biomarcadores. En este sentido, se cuenta con diferentes Sistemas Point of Care portátiles de diagnóstico en tiempo real y calidad de laboratorio mediante biosensores para monitorización de diferentes parámetros metabólicos y biomarcadores, incluyendo gases en sangre, bioquímica y marcadores cardíacos, sistemas de control y seguimiento de la diabetes, sistemas de coagulación, etc.

Tampoco podemos descartar el uso de algún sistema de gestión y aprovisionamiento, control y seguimiento del estocaje y material (medicamentos, productos sanitarios y dietoterápicos) necesario para los usuarios del centro. En relación a la gestión de los medicamentos, productos sanitarios y dietoterápicos se podría utilizar algún tipo de sistema tecnológico de dispensación personalizada para cada usuario.

También existen soluciones tecnológicas para la estimulación cognitiva y/o funcional de los usuarios de los centros que cuentan con una amplia evidencia científica en su utilización.

Finalmente, en un centro residencial se pueden utilizar distintos dispositivos y servicios para monitorizar la seguridad de los usuarios. Nos referimos a soluciones que permitan controlar aspectos como riesgos de fugas o riesgo de caídas de los usuarios que pueden emitir una señal de alarma en caso de necesidad.

Al ser una persona con alto riesgo de caídas, golpes o pasar mucho tiempo sentada o tumbada en la misma posición, existe la posibilidad de que aparezcan lesiones en su piel, más frágil de manera natural, que requerirán una atención y tratamiento específicos. Así, existen una serie de apósitos avanzados que, además de tratar la lesión, respetan la piel más frágil de estas personas, no ocasionan el empeoramiento o nuevas lesiones y previene la aparición de úlceras por presión. Además de cremas para la hidratación de la piel de estas personas que reducen en la mitad la posibilidad de aparición de desgarros cutáneos.

Todas estas soluciones, junto con las comentadas antes de la exposición de los casos, podrían ser comunes para su utilización con todos los usuarios del centro residencial al presentar diferentes mecanismos para garantizar su adaptación y escalabilidad a los diversos perfiles clínicos y de necesidades de los usuarios del centro.

Si nos adentramos en las necesidades concretas de Rosa que podrían ser diferenciales con otros usuarios del centro para sus problemas nutricionales existen diferentes algoritmos de valoración e identificación de las necesidades nutricionales concretas, así como diferentes suplementos nutricionales, herramientas de gestión y orientación ante las necesidades y, en caso de necesidad, todos los productos e instrumentos precisos para

garantizar la correcta alimentación, ya sea por vía enteral o parenteral. Por otro lado, es preciso señalar en este momento que, en el caso de Rosa, si llega a necesitar un soporte nutricional asistido, puede contar con servicios de atención que no solo se encargarían del suministro de la nutrición y todo el fungible para su administración, sino también de un dispositivo asistencial presencial y/o remoto especializado que hará el seguimiento de la persona y emitirá alertas a los profesionales encargados de sus cuidados integrales para informar de cualquier incidencia en su tratamiento. Estos dispositivos pueden estar presentes en el domicilio habitual de la persona o en el centro residencial en el que viva la persona, como es en el caso de Rosa.

En cuanto a los problemas de incontinencia, si bien es cierto que lo normal tras años de evolución de un proceso neurodegenerativo sea que la persona pierda complementemente la funcionalidad, existen diversas soluciones para intentar conservar al máximo posible esta función. Así, se dispone de compresas y absorbentes de incontinencia urinaria femenina. Cuando se haya perdido esta función se podrán utilizar sistemas de sondaje permanentes con sistema cerrado o intermitentes, kits de sondaje vesical o sistemas colectores femeninos, en este caso. Además, existe una amplia gama de productos para proteger las superficies (por ejemplo, la cama o el sofá) ante posibles escapes. Por último, el uso intensivo de absorbentes hace recomendable la aplicación de cremas hidratantes para evitar daños en la piel.

Finalmente, con el objetivo de facilitar la labor de los profesionales del centro, se podrían utilizar aplicaciones o sistemas virtuales formativos y de resolución de dudas que les ayuden a mejorar sus habilidades y recursos emocionales, psicológicos y prácticos relacionados con diferentes aspectos del cuidado a una persona como Rosa que presenta conductas desafiantes importantes.

Caso 4



ÁNGELES, 63 AÑOS.

Vive en entorno urbano con su cónyuge del que es su cuidadora principal (demencia tipo alzheimer).

Recién diagnosticada de deterioro cognitivo compatible con un proceso neurodegenerativo (demencia) pero en fases muy iniciales.

Tiene una hija y un hijo que viven en ciudades diferentes y alejadas.

Presenta enfermedad renal crónica.

Sintomatología depresiva en varios momentos de su vida por lo que está habituada a consumir este tipo de medicamentos.

Tiene estudios de formación profesional.

Amplia red social de amigos con los que comparte intereses (viajes, excursiones, senderismo).

No domina el uso de las tecnologías, limitándose a la utilización del teléfono móvil para llamar o realizar videollamadas.

SOLUCIONES Y TERAPIAS ASOCIADAS

En el caso de Ángeles, al menos en la situación actual en la que su proceso neurodegenerativo es incipiente, se puede apreciar claramente la utilidad de la teleasistencia y otras herramientas de seguimiento y de atención domiciliaria. En este caso también hablaríamos de la teleasistencia avanzada por las aportaciones que puede hacer en la monitorización de seguridad del hogar diaria y a todas horas, supervisión remota proactiva, detección de riesgos o emergencias, identificación y alarma ante las alteraciones en los hábitos o rutinas de la persona y la utilización de detectores de seguridad y funcionales. En el caso de Ángeles, esto serviría para hacer un seguimiento tanto suyo como de su cónyuge. Por otro lado, también sería interesante que esta herramienta pudiera aportar apoyo y consejos en la tarea del cuidado y en la promoción de hábitos y conductas que le permitan retrasar, al máximo posible, su deterioro cognitivo. Si bien es cierto que sería necesario implementar igualmente algún módulo formativo sencillo que le permitiera adquirir las habilidades precisas para garantizar una interacción segura y precisa de las tecnologías y soluciones desarrolladas y optimizar así los potenciales beneficios que se pueden extraer de su utilización.

En este caso, también sería de mucha utilidad la teleasistencia móvil que permita la geolocalización de la persona. Especialmente cuando su proceso neurodegenerativo avance para prevenir posibles episodios de desorientación.

Siguiendo con las soluciones para mantener y conservar, al máximo posible, sus capacidades cognitivas existe la posibilidad de ofrecerle soluciones tecnológicas de estimulación y neurorrehabilitación cognitiva que podría utilizar en su propio domicilio siempre bajo la supervisión remota de un profesional de la neurología y/o neuropsicología que puede hacer el seguimiento de sus resultados y prescribirá las actividades precisas.

En cuanto a la gestión de sus enfermedades, Ángeles podría beneficiarse de la utilización de las diferentes soluciones tecnológicas disponibles de monitorización remota y de gestión clínica y social remota de pacientes, que permita integrar y supervisar todo el proceso terapéutico y de apoyos en el domicilio, y de telemonitorización clínica que permita realizar una gestión clínica remota de las enfermedades crónicas, garantizar y facilitar la adherencia terapéutica, monitorización biométrica de signos vitales y datos fisiológicos y la telemonitorización predictiva de riesgos. Además, en el caso de necesidades altamente complejas

como el presente también se podrían utilizar estas herramientas para facilitar consultas directas con especialistas y visitas virtuales para resolver todas las dudas que pudieran existir.

A su vez, existe la posibilidad de utilizar soluciones para el diagnóstico y monitorización in vitro mediante la utilización de test rápidos de diagnósticos como toma de muestras o de biomarcadores. En este sentido, se cuenta con diferentes Sistemas Point of Care portátiles de diagnóstico en tiempo real y calidad de laboratorio mediante biosensores para monitorización que en el caso concreto de Ángeles resalta especialmente el valor de la creatinina con el cálculo del filtrado glomerular para el seguimiento de la enfermedad renal crónica.

Si nos centramos en las necesidades derivadas de su enfermedad renal crónica existen disponibles soluciones y productos que permitirían realizar una diálisis peritoneal continua ambulatoria, automática y automática con telemonitorización o extendida de alta dosis en su domicilio sin precisar el traslado a un centro sanitario.

Además, existen soluciones para la infusión de medicamentos y otro tipo de terapias: catéter venoso central de larga duración, periférico y central

de inserción periférica (PICC), soluciones para la realización del mantenimiento de los catéteres, procesos estandarizados para disminuir las posibles infecciones relacionadas con esta asistencia y servicios de tele-entrenamiento para que Ángeles adquiera las habilidades necesarias para poder llevar a cabo todas estas tareas de gestión y tratamiento de su enfermedad con la mayor seguridad y supervisión posible. Esta plataforma también podría servir para ayudar y prestar soporte en la toma de decisiones relacionadas con la gestión de sus enfermedades y del proceso de cuidado a su cónyuge.

Finalmente, en este caso cabría la posibilidad de utilizar algún sistema digital e informatizado de gestión y aprovisionamiento del estocaje de medicamentos y productos sanitarios, además de la dispensación en dosis personalizadas de los medicamentos para evitar confusiones y problemas relacionados con su utilización. Agilizar el acceso a la medicación a través de robots de dispensación automática con cajeros fuera del Hospital liberando por tanto a la farmacia hospitalaria, mejorar la renovación automática de las prescripciones crónicas gracias al uso de aplicaciones móviles y a la digitalización, y facilitar la recogida de los medicamentos por personas autorizadas por Ángeles.



Imagen cedida por Tunstall

Caso 5



ELISA, 5 AÑOS.

Vive en entorno urbano.

Tiene una enfermedad neurodegenerativa rara con presencia de ataques epilépticos esporádicos. Presenta, además, dolor crónico y dificultades respiratorias y en el sistema motor (dificultades para moverse). También tiene problemas para alimentarse debido a una disfagia.

Se encuentra en situación de dependencia funcional absoluta. Su vida transcurre entre la cama, un sofá y una silla de rueda.

A nivel cognitivo presenta una importante discapacidad cognitiva en comparación con su grupo de iguales.

A nivel social cuenta con el apoyo de sus padres que configuran su única red disponible. No tiene más familia extensa. El padre es trabajador por cuenta ajena y la madre tuvo que dejar su trabajo fuera de casa para dedicarse al cuidado de su hija de quién es la cuidadora oficial (reconocida por el SAAD). Esta situación genera una importante sobrecarga emocional en ellos e importantes, y frecuentes, dificultades económicas.

SOLUCIONES Y TERAPIAS ASOCIADAS

En este caso, una de las soluciones tecnológicas que se podría utilizar es la teleasistencia avanzada para monitorizar y supervisar la situación a diario en el hogar y, además, activar un módulo de apoyo a los cuidadores. Mediante este módulo los padres de Elisa podrán obtener ayuda y recursos, tanto de apoyo emocional como a nivel de adquisición y mejora de habilidades prácticas del cuidado, que les permitan cuidarse a ellos mismos para cuidar mejor a su hija.

También sería extremadamente útil, debido al perfil de alta complejidad de Elisa, utilizar los sistemas disponibles de monitorización remota y de gestión clínica y social remota de pacientes, que permita integrar y supervisar todo el proceso terapéutico y de apoyos en el domicilio, y de telemonitorización clínica que permita realizar una gestión clínica remota de las enfermedades crónicas, garantizar y facilitar la adherencia terapéutica, monitorización biométrica de signos vitales y datos fisiológicos y la telemonitorización predictiva de riesgos. Además, en el caso de necesidades altamente complejas como el presente también se podrían utilizar estas herramientas para facilitar consultas directas con especialistas y visitas virtuales para resolver todas las dudas que sus cuidadores tuvieran.

Asimismo, existe un amplio abanico de recursos digitales de estimulación a nivel cognitivo y funcional para Elisa y de dispositivos de tecnología ponibles para controlar su actividad y otros signos vitales.

Como en la mayoría de los casos expuestos hasta ahora, existe la posibilidad de utilizar soluciones para el diagnóstico y monitorización in vitro mediante la utilización de test rápidos de diagnósticos como toma de muestras o de biomarcadores. En este sentido, se cuenta con diferentes Sistemas Point of Care portátiles de diagnóstico en tiempo real y calidad de laboratorio mediante biosensores para monitorización.

Si nos centramos en su dependencia funcional existen dispositivos de prevención de aparición y tratamiento de úlceras por presión y por humedad (apósitos avanzados, limpiador de heridas, cremas hidratantes) y otras lesiones relacionadas con la dependencia, estimulador de raíces sacras, set de sondajes urinarios, empapadores, terapias de presión negativa, soluciones para la incontinencia femenina (con sistemas de sondaje permanentes, intermitentes, kits de sondaje, sistemas colectores, etc.). También, es recomendable el uso de productos protectores de distinta dimensión (para cama, silla, sofá, etc.) para absorber posibles escapes.

Para el manejo del dolor existen, a disposición de Elisa, diferentes equipos de infusión intravenosa con bombas electrónicas a domicilio y fungible asociado a distintas indicaciones (manejo de dolor crónico y agudo, antibioterapia, bombas elastoméricas multiterapia, etc.), acceso subcutáneo para el manejo del dolor, acceso vascular, soluciones para la infusión de medicamentos y otro tipo de terapias (catéter venoso periférico y de inserción periférica y todo el material fungible para su limpieza, colocación, mantenimiento, etc.).

Para los problemas asociados a su disfagia también se cuenta con la posibilidad de utilizar diferentes dispositivos que permitan la nutrición enteral o parenteral domiciliaria de Elisa. Además, se dispondría de un equipo de seguimiento domiciliario por parte de enfermería para tratar todas las necesidades nutricionales y equipo de soporte para resolución de dudas.

En cuanto a los problemas respiratorios existe un amplio abanico de soluciones en función de las necesidades concretas. Así, se dispone de cánulas para traqueostomía, fisioterapia respiratoria y expansión pulmonar, manejo de secreciones y limpieza de bronquios, tratamientos para la apnea obstructiva del sueño (CPAP, dispositivos de avance mandibular, de terapia posicional de estimulación eléctrica del nervio hipogloso), ventilación mecánica invasiva y no invasiva, aerosolterapia, oxigenoterapia. Todos ellos se complementarían con un equipo de

soporte para resolución de dudas, videoconsulta, telemonitorización, app móviles, etc.

Además, existen soluciones para la infusión de medicamentos y otro tipo de terapias: catéter venoso periférico y central de inserción periférica (PICC), soluciones para la realización del mantenimiento de los catéteres y procesos estandarizados para disminuir las posibles infecciones relacionadas con esta asistencia y servicios de tele-entrenamiento para que los padres de Elisa puedan llevar a cabo todas estas tareas de gestión y tratamiento de su enfermedad con la mayor seguridad y supervisión posible. Esta plataforma también podría servir para ayudar y prestar soporte en la toma de decisiones relacionadas con la gestión de sus enfermedades y del proceso de cuidado a su hija.

Finalmente, y a modo de conclusión, en casos como este es en donde radica la importancia, y se puede observar con mayor claridad el interés, de contar con una solución integral de cuidados mediante la que se le proporcionara el estocaje de medicamentos y productos sanitarios, además de la dispensación en dosis personalizadas de los medicamentos, gracias a la utilización de robots de dispensación automática, para evitar confusiones y problemas relacionados con su utilización. En este sistema integral, como hemos dicho más arriba, se podría incluir también la telemonitorización de las constantes vitales y dispositivos asociados, teleasistencia y asistencia presencial para supervisión o emergencias.



Imagen cedida por Tunstall

Caso 6



LUCAS, 7 AÑOS.

Vive en entorno rural con sus padres y dos hermanos mayores. Amplia red social de apoyo entre la que se encuentra su familia extensa (abuelos, tíos, primos) que viven en el mismo pueblo.

A nivel clínico ha sido diagnosticado de diabetes y tiene varias intolerancias alimenticias que le obligan a llevar una dieta estricta. A nivel motor presenta cierto retraso en la evolución de su sistema musculoesquelético manifestándose en una diferencia clara de sus habilidades motrices, finas y gruesas, en comparación con sus iguales. Esto le está ocasionando cierto aislamiento en su red de amigos y compañeros..

Toda su red de apoyo se encuentra comprometida con el cuidado y apoyo a sus necesidades.

SOLUCIONES Y TERAPIAS ASOCIADAS

En el caso de Lucas, que vemos que cuenta con una importante red de apoyo que está comprometida en su cuidado y apoyo, creemos que sería interesante utilizar algún sistema de gestión remota de pacientes y de telemonitorización clínica a tiempo real y predictiva de su estado de salud, enfermedades y necesidades asociadas. Como ya conocemos, existe la posibilidad de utilizar soluciones para el diagnóstico y monitorización in vitro mediante la utilización de test rápidos de diagnósticos como toma de muestras o de biomarcadores. En este sentido, se cuenta con diferentes Sistemas Point of Care portátiles de diagnóstico en tiempo real y calidad de laboratorio mediante biosensores para monitorización de diferentes parámetros metabólicos y biomarcadores, incluyendo gases en sangre, bioquímica y marcadores cardíacos. También serviría para facilitar la adherencia terapéutica.

Además, también sería interesante aplicar un módulo de apoyo a los cuidadores que pudiera tener un papel central en la resolución de dudas y adquisición de habilidades para el cuidado por parte de sus cuidadores, entendidos ampliamente, esto es, toda su red.

Si nos centramos en las patologías concretas de Lucas, existe un amplio abanico de servicios y soluciones que se podrían implantar. Así, para su perfil de necesidades nutricionales existen sistemas de nutrición clínica domiciliaria con un seguimiento especializado por parte de enfermería, un centro de resolución de dudas y el suministro en el domicilio de la medicación y el material necesario para la administración de los potenciales tratamientos. Además, existe una variada gama de aplicaciones móviles que permitirían hacer un seguimiento del estado nutricional de Lucas y resolver todas las dudas existentes relacionadas con sus necesidades concretas.

Para el tratamiento de su diabetes la oferta de soluciones es mucho mayor y dependerá de las necesidades concretas en cada momento. Todos estos dispositivos cuentan con los debidos cursos formativos para sus cuidadores que garanticen un correcto uso de los dispositivos y la seguridad en la utilización. Así, se dispone de dispositivos para la monitorización y autodiagnóstico o valoración, inyección de insulina, sistemas de infusión continua de insulina (bombas de insulina), puertos de acceso para plumas de insulina, soluciones integradas de gestión remota para personas con diabetes tipo 1 y de seguimiento y apoyo prolongado, sistemas de monitorización continua de glucosa en líquido intersticial (monitorización continua en tiempo

real), sistemas de diagnóstico y monitorización in vitro como toma de muestras o con dispositivos implantables y, finalmente, una serie de aplicaciones móviles para el control de los niveles de glucemia, para el control de las dosis de insulina conectado a una pluma de insulina, para la monitorización remota y bomba de insulina y/o monitorización de glucosa en líquido intersticial, etc.

Es preciso incluir en este momento que, aunque Lucas es un niño y no es normal que sufra úlceras de pie diabético, en caso de personas adultas que las sufran, existe una gama de productos y soluciones destinadas a la prevención y tratamiento

de estas heridas para garantizar el correcto cierre y cicatrización evitando complicaciones mayores.

A nivel de desarrollo motor, Lucas se podría beneficiar de los sistemas y soluciones de estimulación y/o rehabilitación funcional virtual.

Finalmente, en este caso cabría la posibilidad de utilizar algún sistema digital e informatizado de gestión y aprovisionamiento del estocaje de medicamentos y productos sanitarios, además de la dispensación en dosis personalizadas de los medicamentos para evitar confusiones y problemas relacionados con su utilización.



Imagen cedida por Oximesa Nippon Gases

Caso 7



ARANCHA, 34 AÑOS.

Vive en un entorno urbano con sus dos padres de 60 y 65 años.

Padece Síndrome de Down que se asocia a un nivel cognitivo en los márgenes inferiores de la normalidad. Además, presenta alteraciones de conductas importantes, entre ellas conductas autolesivas (cortes en la piel).

Sufre de obesidad y trastornos de la conducta alimentaria que se manifiestan en atracones. Presenta sintomatología ansiosa que es tratada con psicofármacos. Baja adherencia terapéutica y riesgo de consumo excesivo de estos medicamentos.

Actualmente tiene trabajo en un centro especial de empleo.

En cuanto a su entorno social y red de apoyo, se puede afirmar que carece de una red de amigos y su red se reduce a sus padres. En este sentido, ambos sufren agotamiento y sobrecarga relacionada con el cuidado de su hija y existe riesgo real de claudicación, especialmente ante las alteraciones conductuales de Arancha.

SOLUCIONES Y TERAPIAS ASOCIADAS

En el caso de Arancha, atendiendo a las características de su red de apoyo, el perfil de sus cuidadores (su padres) y su perfil de necesidades, se puede beneficiar de la instalación de una herramienta de seguimiento y de atención domiciliaria como la teleasistencia. Más en detalle, en este caso estaríamos hablando de implementarla en su modalidad avanzada que, además de realizar una monitorización de seguridad del hogar diaria y a todas horas, permitiera una supervisión remota proactiva de usuario, detección de riesgos o emergencias, identificación y alarma ante las alteraciones en los hábitos o rutinas de la persona y la utilización de detectores de seguridad y funcionales. Además, también sería interesante aplicar un módulo de apoyo a los cuidadores que pudiera tener un papel central en la resolución de dudas, apoyo emocional y adquisición de habilidades para el cuidado por parte de sus cuidadores que aliviara la sobrecarga e impidiera, o retrasara al máximo posible, la claudicación familiar en los cuidados.

Este caso es otro ejemplo claro de la utilidad de los sistemas de gestión remota de pacientes y de telemonitorización clínica a tiempo real y predictiva de su estado de salud, enfermedades y necesidades asociadas. Este sistema podría contemplar aplicaciones para facilitar el telediagnóstico, la teleconsulta y visitas médicas virtuales, potenciar la adherencia terapéutica, la prevención de riesgos, un sistema de gestión (control) y aprovisionamiento del material farmacéutico y productos sanitarios necesarios para el tratamiento de Arancha, etc.

Además, existe una amplia gama de productos y soluciones tecnológicas posibles que podrían facilitar el control y tratamiento de Arancha garantizando, en todo momento, su seguridad. Nos referimos, especialmente, a las que tienen que ver con la monitorización en tiempo real de su salud y las que facilitan su geolocalización en caso de necesidad.

Además, existe una gama amplia de productos que permite tratar adecuadamente las lesiones en su piel, como por ejemplo, limpiadores de heridas y apósitos.

Como ya conocemos, existe la posibilidad de utilizar soluciones para el diagnóstico y monitorización in vitro mediante la utilización de test rápidos de diagnósticos como toma de muestras o de biomarcadores. En este sentido, se cuenta con diferentes Sistemas Point of Care portátiles de diagnóstico en tiempo real y calidad de laboratorio mediante biosensores para monitorización de diferentes parámetros metabólicos y biomarcadores,

incluyendo gases en sangre, bioquímica y marcadores cardíacos. Para la mejora de su baja adherencia terapéutica y riesgo de consumo excesivo de psicofármacos, María se podría beneficiar de soluciones automatizadas de dispensación de fármacos en sistemas personalizados de dosificación para facilitar su correcta utilización y garantizar la trazabilidad y seguridad de los tratamientos, y que también serviría para facilitar la adherencia terapéutica.

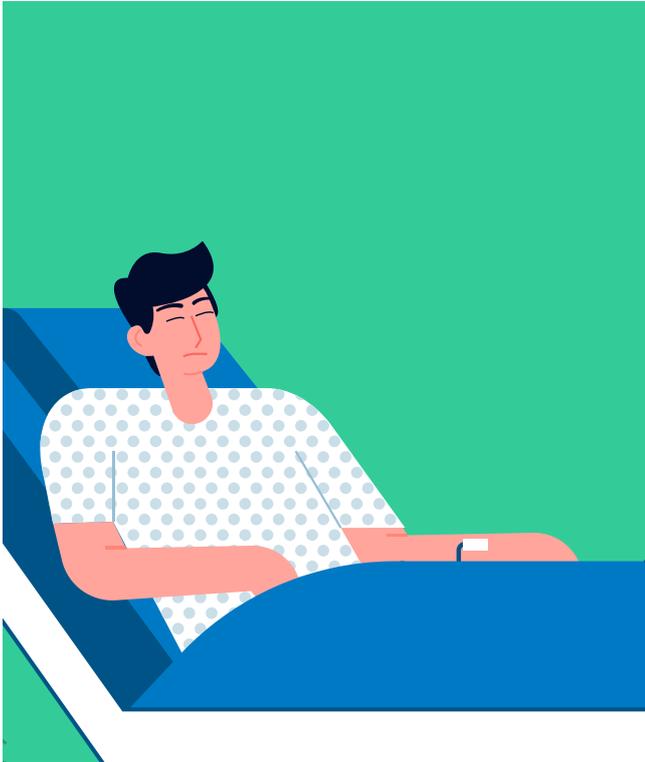
En cuanto a la atención a sus necesidades nutricionales, existen sistemas de nutrición clínica domiciliaria con un seguimiento especializado por parte de enfermería, un centro de resolución de dudas y el suministro en el domicilio de la medicación y el material necesario para la administración de los potenciales tratamientos.

Finalmente, sería oportuno utilizar algún tipo de herramienta digital de rehabilitación tanto a nivel cognitivo como funcional.



Imagen cedida por Bexen Medical

Caso 8



MANUEL, 55 AÑOS.

Vive en entorno urbano con su mujer. Además, tiene dos hijos ya independizados que viven en la misma ciudad.

Paciente de cáncer terminal en situación de final de vida que ha pedido pasar sus últimos días en su casa. Además, presenta fuertes dolores asociados a su enfermedad.

A nivel cognitivo, conserva todas sus funciones. A nivel funcional, precisa ayuda para la realización de todas las actividades básicas de la vida diaria y hace vida en la cama.

SOLUCIONES Y TERAPIAS ASOCIADAS

El caso de Manuel, persona en situación de final de vida que decide pasar el tiempo que le queda en su domicilio, tiene una especial relevancia, tanto por la complejidad en su tratamiento como por las connotaciones emocionales y éticas del mismo. Así, se deberán primar las soluciones e intervenciones que garanticen un correcto cuidado y satisfacción de necesidades sin caer en el ensañamiento terapéutico o en la futilidad de las intervenciones.

Hecha la anterior aclaración, creemos que es importante que Manuel y sus familiares dispongan en su domicilio de algún tipo de herramienta de seguimiento, que podría ser una modalidad de teleasistencia. Mediante ella, más que realizar una monitorización predictiva de riesgos, lo que se podría implementar serían módulos de seguimiento y apoyo a los cuidadores en la adquisición de habilidades, tanto prácticas como emocionales, necesarias para el cuidado de Manuel y para garantizar su seguridad y resolución de dudas.

Por otro lado, es importante instalar sistemas de gestión remota y de telemonitorización clínica a tiempo real de su estado de salud, constantes vitales y datos fisiológicos. Este sistema integraría la posibilidad de realizar teleconsultas, vistas médicas y garantizar la gestión, aprovisionamiento y control de medicamentos, productos sanitarios y dietoterápicos necesarios para el cuidado de Manuel.

Si nos centramos en las soluciones oncológicas concretas para personas en situación de final de vida, podemos hablar de herramientas como la medicación a domicilio, bombas de infusión de fármacos, catéter tunelizado permanente para drena líquido pleural o ascítico, equipos de soluciones para la infusión de medicamentos como la infusión intravenosa con bombas electrónicas a domicilio y fungible (tanto para el manejo del dolor crónico, como para antibioterapia, todos con software para control de seguridad y trazabilidad), acceso subcutáneo para el manejo del dolor, etc. Estas tecnologías pueden reforzarse mediante algún tipo de solución digital que permita hacer un adecuado seguimiento de su utilización para prevenir riesgos, garantizar la seguridad al usarlos y resolver las dudas que puedan existir.

En relación a las necesidades nutricionales, se aplicarían soluciones de nutrición parenteral domiciliaria. Para ello, se aplicaría un programa de capacitación y formación a sus cuidadores habituales para la correcta y segura administración del tratamiento y se haría un seguimiento por parte de profesionales especializados, centro de resolución de dudas y suministro en el domicilio de los productos necesarios.

A nivel funcional, si bien es cierto que presenta una dependencia casi absoluta, es necesario valorar la pertinencia de implicar a Manuel en intervenciones que carezcan de utilidad y que puedan provocar efectos negativos en su estado. Así, existen una serie de soluciones que podrían mejorar su calidad de vida en relación a la funcionalidad tales como fisioterapia respiratoria y expansión pulmonar, manejo de las secreciones y limpieza de bronquios, ventilación mecánica, cánulas de traqueostomía, para mejorar su capacidad respiratoria; para la incontinencia existen , sistemas de sondajes permanentes con circuito cerrado o intermitentes para hombres, kits de sondaje vesical, sistema colector, absorbentes elásticos fáciles de colocar, protectores de cama para absorber posibles escapes, etc. Además, el uso intenso de estos productos hace recomendable la utilización de cremas hidratantes para evitar daños en la piel.

Por otro lado, al tratarse de una persona que hace vida en la cama sin salir de ella, el riesgo de aparición de lesiones por presión es alto. Así, debe, por tanto, tenerse en cuenta la prevención de aparición de las mismas y contar con herramientas como, colchones especializados, apósitos avanzados destinados y probados para la prevención de úlceras por presión en las zonas de más alto riesgo. Nos referimos en concreto a la zona del sacro y los talones cuando la persona está en posición decúbito supino; pero también para la prevención en otras localizaciones que pueden estar expuestas a las fuerzas extrínsecas (presión, fricción cizalla, microclima) causantes de este tipo de lesiones si la persona está en decúbito prono, decúbito lateral, por los cambios posturales, etc.

De manera adicional, es importante que el cuidador pueda contar con la capacitación de evaluación de la

piel para el seguimiento de esa prevención de úlceras por presión y cómo realizarla y volver a dejar el apósito puesto si no se requiere ninguna otra acción.

Por supuesto, si existiesen ya lesiones de úlceras por presión, contar con apósitos que traten este tipo de lesiones a la vez que siguen previniendo de nuevas lesiones y evolución del grado de las mismas. Toda úlcera por presión debe previamente limpiarse y desbridarse correctamente antes de aplicar cualquier apósito o solución, por lo que es importante contar con soluciones de limpieza de las heridas que ayuden en este paso de forma efectiva.

Como ya conocemos, existe la posibilidad de utilizar soluciones para el diagnóstico y monitorización in vitro mediante la utilización de test rápidos de diagnósticos como toma de muestras o de biomarcadores. En este sentido, se cuenta con diferentes Sistemas Point of Care portátiles de diagnóstico en tiempo real y calidad de laboratorio mediante biosensores para monitorización de diferentes parámetros metabólicos y biomarcadores, incluyendo gases en sangre, bioquímica y marcadores cardíacos. No obstante, en casos como el de Manuel, será imprescindible implicarse en un proceso deliberativo que contraponga el potencial beneficio que se puede obtener al aplicar estas soluciones teniendo en cuenta su estado de salud para evitar caer en el ensañamiento terapéutico y/o tratamientos fútiles.

Finalmente, no nos podemos olvidar de las soluciones para la prevención de infecciones y eventos adversos asociados a los catéteres venosos como son los antisépticos en aplicador de un solo uso utilizados para la desinfección de la piel antes de la inserción del catéter o durante su mantenimiento.



Imagen cedida por Smiths Medical

Caso 9



JAVIER, 43 AÑOS.

Vive en entorno urbano. Divorciado y actualmente vive con su madre de 75 años.

Es una persona obesa, con hipercolesterolemia, hipertensión y dolores crónicos (espalda, cervicales y migrañas). Sospecha de apnea obstructiva del sueño. Además, es un paciente de riesgo por haber sufrido un infarto que ha precisado intervención quirúrgica y que podría ser candidato a ser usuario del servicio de hospitalización domiciliaria si los facultativos así lo decidieran.

Polimedicado, con buena adherencia terapéutica.

Presenta conductas de riesgos, especialmente de adicción a sustancias tóxicas (alcohol y tabaco). Vida sedentaria.

A nivel social posee una red de apoyo pequeña pero con lazos muy estrechos, especialmente con sus amigos. Su nivel socioeconómico es bajo, presentando algunas dificultades económicas, especialmente tras su separación. Utiliza los recursos de su madre.

SOLUCIONES Y TERAPIAS ASOCIADAS

En primer lugar, Javier es un paciente quirúrgico postagudo en hospitalización domiciliaria al que se le deben hacer visitas regulares de seguimiento a domicilio y con anticipación de alta. Así, es de vital utilidad contar con sistemas de gestión remota y de telemonitorización clínica a tiempo real de su estado de salud, constantes vitales, datos fisiológicos y dispositivos implantados. Este sistema integraría la posibilidad de realizar teleconsultas, vistas médicas y garantizar la gestión, aprovisionamiento y control de medicamentos, productos sanitarios y dietoterápicos necesarios para el cuidado de Javier. Además, estos sistemas, apoyados en la tecnología digital, permitirán hacer un seguimiento del estado y de la utilización de las soluciones, garantizando, de esta forma, la correcta utilización y la seguridad en su uso.

También existe la posibilidad de utilizar soluciones para el diagnóstico y monitorización in vitro mediante la utilización de test rápidos de diagnósticos como toma de muestras o de biomarcadores. En este sentido, se cuenta con diferentes Sistemas Point of Care portátiles de diagnóstico en tiempo real y calidad de laboratorio mediante biosensores para monitorización, También serviría para mantener y reforzar la buena adherencia terapéutica de Javier.

Si nos centramos en la patología cardíaca de Javier, se cuenta, dependiendo de los casos concretos y no únicamente pensando en el caso expuesto, con soluciones como marcapasos (que, por ejemplo, no serían recomendable para Javier), desfibriladores automáticos implantables, resincronizadores cardíacos para personas con insuficiencia cardíaca (tampoco sería el caso de Javier), monitores cardíacos subcutáneos para el seguimiento y prevención en personas que han sufrido ictus o síncope, soluciones integradas y plataformas de cuidado para pacientes con dispositivo cardíaco implantable y aplicaciones móviles de control del dispositivo implantado.

Para el dolor crónico existen neuroestimuladores, equipos de infusión intravenosas con bombas electrónicas y material fungible asociado y accesos subcutáneos para el manejo del dolor.

En relación a la sospecha de apnea obstructiva del sueño, existe una gama de soluciones de valoración diagnóstica domiciliaria, como los estudios de poligrafía respiratoria domiciliaria, y diferentes alternativas para el tratamiento (CPAP, dispositivos de avance mandibular, de terapia posicional de estimulación eléctrica del nervio hipogloso).

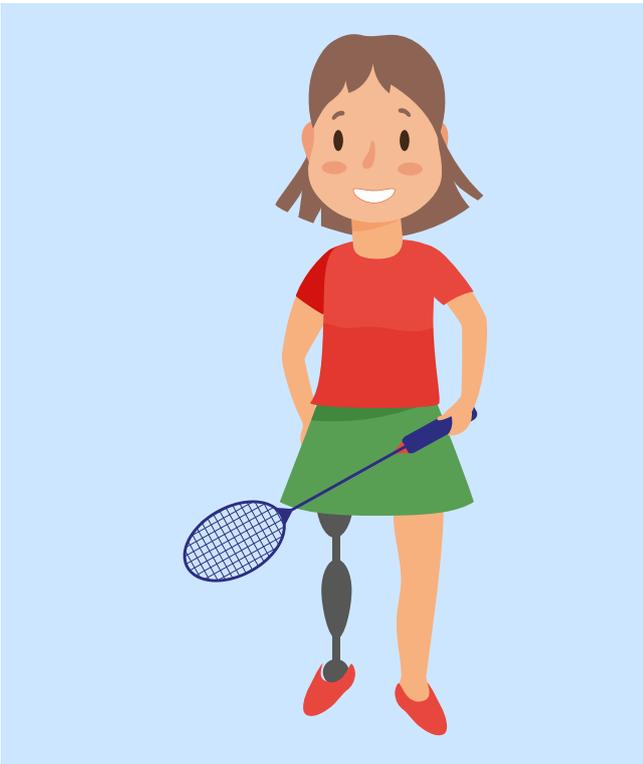
Finalmente, es interesante en Javier la utilización de aplicaciones y soluciones para la monitorización de la

seguridad, la vida saludable y promoción de la salud como pueden ser aplicaciones móviles de estilo de vida, fitness, nutrición y programación de actividades; dispositivos tecnológicos ponibles de monitorización de la actividad y diferentes constantes vitales y signos fisiológicos y variados cursos de formación para garantizar el correcto uso de estos dispositivos y la seguridad en el proceso.



Imagen cedida por Tunstall

Caso 10



LAURA, 40 AÑOS.

Vive en entorno urbano con su pareja. Sin hijos. Tiene diagnosticada una enfermedad pulmonar obstructiva crónica y presenta una extremidad amputada por una complicación en el tratamiento de una fractura durante su infancia. No le ha ocasionado mayores problemas durante su vida.

A nivel de salud mental presenta trastornos ansiosos y depresivos frecuentes. Importante consumo de fármacos y psicofármacos.

Red social de apoyo amplia entre familiares y amigos.

SOLUCIONES Y TERAPIAS ASOCIADAS

En este caso, Laura, como el resto de personas con enfermedades crónicas y complejas, podría beneficiarse de la utilización de algún sistema de gestión remota y de telemonitorización clínica a tiempo real de su estado de salud, constantes vitales, datos fisiológicos y dispositivos implantados. Este sistema integraría la posibilidad de realizar teleconsultas, visitas médicas, aplicaciones móviles de monitorización remota del estado de salud, etc. Por otro lado, debido al consumo importante de fármacos sería interesante aplicar algún tipo de solución de dispensación, gestión y control de fármacos para evitar problemas relacionados con su utilización. Además, estos sistemas, apoyados en la tecnología digital, permitirán hacer una monitorización y seguimiento del estado y de la utilización de las soluciones, garantizando, de esta forma, la correcta utilización y la seguridad en su uso.

También existe la posibilidad de utilizar soluciones para el diagnóstico y monitorización in vitro mediante la utilización de test rápidos de diagnósticos como toma de muestras o de biomarcadores. En este sentido, se cuenta con diferentes Sistemas Point of Care portátiles de diagnóstico en tiempo real y calidad de laboratorio mediante biosensores para monitorización, incluyendo gases en sangre para la monitorización de EPOC y bioquímica. También serviría para mantener y reforzar la buena adherencia terapéutica de Laura.

Para personas como Laura, usuarias de prótesis de alguna extremidad, existen una serie de soluciones específicas para el cuidado de la piel y evitar la aparición de lesiones. Son apósitos avanzados preventivos que puedan disminuir las fuerzas ejercidas en la piel y cremas para la hidratación de la piel.

Para el tratamiento de su EPOC y los problemas respiratorios asociados existen soluciones de fisioterapia respiratoria y expansión pulmonar, manejo de secreciones y limpieza de bronquios, tratamiento del síndrome de apnea del sueño (CPAP, dispositivos de avance mandibular, de terapia posicional, estimulación eléctrica del nervio hipogloso), ventilación mecánica, aerosolterapia y oxigenoterapia. Todo ello con un sistema de gestión remota, aplicaciones móviles de monitorización y centro de consultas y resolución de dudas.

Finalmente, igual que en el caso anterior, sería interesante para Laura, la utilización de aplicaciones y soluciones para la monitorización de la seguridad, la vida saludable y promoción de la salud como pueden ser aplicaciones móviles de estilo de vida, fitness, nutrición y programación de actividades; dispositivos

tecnológicos posibles de monitorización de la actividad y diferentes constantes vitales y signos fisiológicos y variados cursos de formación para garantizar el correcto uso de estos dispositivos y la seguridad en el proceso. Además de tener acceso a algún tipo de servicio virtual y no presencial de ayuda, consulta y apoyo cognitivo-emocional relacionado con la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva.



Imagen cedida por HARTMANN

6.2.3. APORTACIONES DE LA TECNOLOGÍA EN EL FUTURO. TECNOLOGÍAS EMERGENTES.

La innovación tiene un papel «impulsor» para mejorar la vida de las personas y, en el ámbito que nos ocupa, transformar las relaciones entre los profesionales de la salud, los usuarios-pacientes y los miembros de su entorno afectivo.

Los nuevos dispositivos y las nuevas tecnologías están dirigidas a apoyar y facilitar la labor que desarrollan los profesionales sanitarios y la interacción con los pacientes. Su importancia es máxima por los numerosos beneficios que reporta los colectivos implicados, permitiendo el tratamiento y seguimiento de las personas de manera virtual o remota, aportando claras ventajas no sólo en términos de supervivencia, sino también de calidad de vida, de autopercepción y autocuidado de la propia enfermedad o de satisfacción con el proceso, por ejemplo, al reducir los desplazamientos.

Potenciar la innovación y acercar la tecnología a los pacientes y profesionales constituyen las dos grandes estrategias fundamentales para revolucionar la

Medicina del futuro, ya que el envejecimiento de la población, el aumento de las enfermedades crónicas y la tendencia hacia una atención cada vez más individualizada supondrán una mayor utilización de este tipo de terapias y soluciones, entre las que destaca por ejemplo la Nanotecnología, la Genómica, la Domótica o la Robótica, nuevas formas de comunicación digital como los chatbots o healthbots, así como el uso de nuevos materiales biológicos, de la realidad aumentada o virtual o de la impresión 4D.

Entre los posibles obstáculos que encontrará la expansión de la tecnología se encuentra la falta de interoperabilidad entre plataformas para poder intercambiar datos, al carecer de un único sistema estándar en el sistema sanitario.

Por otro lado, todavía hay una asignatura pendiente en la democratización del acceso a las videoconsultas, especialmente entre la población de mayor edad, menos habituada a este tipo de tecnología, así como en zonas rurales y en los países menos desarrollados.

No obstante, el Sector apuesta por la personalización de la salud, donde la IA y el big data impulsen un salto cualitativo en la atención adecuada y la prevención, a través de la construcción de modelos

de datos y algoritmos que permitan un aprendizaje profundo de los potenciales problemas que pueden afectar a un usuario.

Los sistemas de salud deben colaborar con todos los sectores para revisar la regulación y nivel de conformidad de las nuevas tecnologías de salud digital, incluyendo guías y formación en ciberseguridad, privacidad de datos y sistemas de aprendizaje automático.

6.3. RETOS EN LA GESTIÓN DE LA INNOVACIÓN TECNOLÓGICA.

6.3.1. INCORPORACIÓN DE SOLUCIONES TECNOLÓGICAS EN LA ATENCIÓN DOMICILIARIA DURANTE LA PANDEMIA.

La irrupción de la pandemia ha revolucionado el sector de la atención médica y sociosanitaria a distancia. Ha acercado aún más a los hogares los servicios sanitarios y de cuidados ante las limitaciones impuestas por la Covid-19 y la imposibilidad de acudir a centros médicos y sociosanitarios.

Tecnologías como la inteligencia artificial (IA) o los dispositivos de monitorización remota han mostrado su relevancia para la atención domiciliaria. La crisis del coronavirus ha dado el impulso definitivo a todo lo relacionado con la atención no presencial, tanto asistencial como no asistencial, aunque al mismo tiempo exige avances significativos, especialmente en aspectos legales y regulatorios que son los menos desarrollados y, en ocasiones, podrían ser una barrera importante para el desarrollo de la atención social y sanitaria domiciliaria y la utilización de la tecnología en ella.

No todas las personas tienen las mismas necesidades. Hay personas cuya situación requiere un abordaje desde una gestión global e integrada de la enfermedad y que requieren una atención más individualizada, como por ejemplo las personas con enfermedades crónicas que precisan ventilación no invasora nocturna, las que se encuentran en situación de dependencia o con alto consumo de recursos humanos, materiales y económicos. En todos estos casos es necesario individualizar la aplicación de la tecnología sanitaria y el domicilio se convierte en el primer nivel asistencial.

La aplicación e incorporación de innovaciones tecnológicas en el equipamiento de uso domiciliario aumenta la calidad de vida de los pacientes de

manera muy destacable, ya que dicha innovación está concebida para adaptarse a las necesidades de los pacientes y potenciales usuarios cada vez más formados e informados y para facilitar la labor de los profesionales sanitarios.

Factores como el envejecimiento de la población y el aumento de la esperanza de vida, la cronicidad, las preferencias y valores de las personas mayores y su perfil, en muchos casos, pluripatológico ha fomentado que la industria haya dado respuesta a las necesidades de los pacientes proporcionando estos avances que han posibilitado el rediseño de los procesos de atención social y sanitaria. En la sanidad actual son necesarias nuevas formas de gestión.

Se debe tender al denominado “hospital líquido”, es decir, aquel que permite una relación fluida entre el hospital, el domicilio de los pacientes y otros niveles y recursos asistenciales más cercanos al entorno en el que vive la persona, esto es la atención primaria tanto sanitaria como social.

La pandemia ha provocado que se haya replanteado el futuro de la atención sanitaria, haciendo evolucionar los clásicos recursos asistenciales sanitarios y las residencias de mayores hacia centros sanitarios y sociosanitarios conectados, poniendo a la persona en el centro. Se ha puesto el foco en la digitalización, la monitorización y la automatización de los procesos y en el desarrollo de herramientas que permiten conectar a pacientes, cuidadores y profesionales y mejorar y optimizar la gestión individualizada.

Desde que se inició la pandemia desde los centros de atención primaria se atiende a los pacientes que solicitan cita médica por teleasistencia sin necesidad de desplazar al paciente de su domicilio y generalmente se resuelven sus diagnósticos y los tratamientos pueden ser prescritos mediante la receta electrónica que llega a su farmacia comunitaria.

La teleasistencia y las soluciones de salud digital han sido fundamentales durante la pandemia, ya que han facilitado soluciones efectivas para los programas de seguimiento, consultas periódicas, hospitalización domiciliaria y terapias a los pacientes (en sus domicilios, en las residencias de mayores...) garantizando con ello la necesaria continuidad y calidad asistencial además de aportar la seguridad y tranquilidad necesaria.

La digitalización del sistema sanitario debe estar al servicio de un “cuádruple objetivo”: mejorar los niveles de salud y calidad de vida (1), la experiencia del paciente (2), la experiencia del profesional (3) y aumentar la eficiencia del sistema en la utilización de los recursos (4). La digitalización del sistema sanitario debe también contribuir a la transición hacia una economía verde.

6.3.2. OPTIMIZACIÓN DE PROCESOS. MEJORAS EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE Y CONTROL ADECUADO DE LAS TERAPIAS.

Aunque el sistema sanitario en nuestro país ha dado algunos pasos en cuanto a digitalización, como en lo referente a la gestión de citas, el acceso de profesionales a la historia clínica electrónica o la prescripción electrónica, a nivel global, la madurez digital es baja (31%), tal y como ponía de manifiesto el estudio realizado en 2020 por Fenin en colaboración con la Fundación Cotec.

Se debe impulsar un plan estratégico de ámbito nacional con una inversión específica para avanzar en la digitalización del sistema y aprovechar todo su potencial a través de la interoperabilidad, gestión de la información y la creación de proyectos y soluciones innovadoras que mejoren su eficiencia y calidad. En este marco, se debe garantizar la integración de los servicios sanitarios y el espacio sociosanitario de forma equitativa en todas las comunidades autónomas.

Los pacientes, ciudadanos y profesionales deben ser involucrados en el codiseño de proyectos de transformación digital, identificando cómo mejorar la experiencia, calidad y eficiencia de los profesionales, maximizando el retorno del valor de la tecnología, automatizando tareas, estandarizando procesos e integrando las herramientas digitales en los flujos de trabajo. Se debe facilitar la corresponsabilidad y la experiencia del paciente, ofreciéndole herramientas que faciliten la implicación en la gestión activa de su estado de salud.

Para que dicha transformación digital sea efectiva e impacte en la optimización de los procesos es fundamental que los hospitales y centros de salud dispongan de equipos que no estén obsoletos y que permitan gestionar la información y los datos relevantes para el correcto seguimiento y atención a los pacientes.

6.3.3. MODELO DE GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA

Las tecnologías de la información y la comunicación aplicadas a la salud son una herramienta potente que las empresas del Sector están desarrollando de forma extraordinaria. Los avances que nos brinda el desarrollo de la telemedicina –desde el seguimiento de pacientes crónicos, la transmisión de imágenes a la monitorización remota de signos vitales, la prescripción electrónica, la educación y capacitación médica y los centros de llamadas de enfermería– nos permiten trasladarlo al proceso diagnóstico, terapéutico y preventivo, estableciendo interacciones entre los profesionales, los pacientes, el colectivo de enfermería y los farmacéuticos comunitarios.

El esquema es muy sencillo. En el domicilio de la persona se realiza un soporte de cribaje técnico y clínico que es telemonitorizado, por lo que no tiene que desplazarse a urgencias ni ser hospitalizado, salvo en casos realmente necesarios, y asume un papel activo en el control de su enfermedad, al establecerse precozmente las modificaciones terapéuticas oportunas.

La covid-19 ha puesto de manifiesto una serie de carencias en el sistema de cuidados de larga duración a nivel estatal pero también ha destacado la gran oportunidad actual que tiene el sector para consolidarse e innovar en servicios y recursos flexibles y adaptados a las necesidades de los potenciales usuarios, a sus preferencias y al entorno en el que viven.

Precisamente, dentro del Plan de Choque en Dependencia, presentado el pasado mes de octubre por el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 y dotado con 600 M€, dos de sus diez medidas afectaban a los sectores del servicio de atención domiciliaria (SAD) y de teleasistencia domiciliaria (TAD): considerar a la teleasistencia como un derecho subjetivo para las personas dependientes que no vivan en centros residenciales e incrementar las horas de atención en el domicilio.

La aplicación de la tecnología ayudará a las personas mayores a permanecer más tiempo en sus domicilios a través del seguimiento en tiempo real de los usuarios y la anticipación a sus necesidades, pero **los servicios de atención domiciliaria no solo gestionarán los avisos o alarmas que se generen en situación de riesgo sino que también predecirán los comportamientos**

de las personas en sus entornos de confort.

De cara a los próximos años el mercado de TAD evoluciona hacia los paquetes de productos integrados con teleasistencia y salud digital para poder gestionar el ciclo completo de la asistencia sociosanitaria. No obstante, es necesario que los sistemas dedicados a los cuidados se reorienten para garantizar la sostenibilidad, la calidad y la adecuación a las expectativas de la ciudadanía, con un enfoque integrado, preventivo, proactivo y predictivo.

El avance en las tecnologías sanitarias aplicables en el domicilio obviamente va a afectar en mayor medida a los pacientes de alta complejidad. Además, estas tecnologías no deben imaginarse o plantearse como soluciones aisladas, sino que hay que utilizar las posibilidades que nos brinda el desarrollo tecnológico actual y las denominadas tecnologías de la información para diseñar soluciones integradas que respondan de manera coordinada a las necesidades integrales de las personas. Es necesario no perder el enfoque en los modelos de atención centrada en la persona que resaltan la importancia de respetar la globalidad de la persona y la necesidad de diseñar respuestas flexibles que se adaptan a las necesidades de las personas de la manera menos intrusiva posible para la persona para facilitar y garantizar su utilización.

6.4. NECESIDADES DE FORMACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE PROFESIONALES SANITARIOS Y DE PACIENTES.

6.4.1. FORMACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

Es una prioridad máxima garantizar la formación continuada de los profesionales sociosanitarios. La innovación tecnológica avanza a una gran velocidad y es necesario que cuenten con los conocimientos adecuados para atender a las personas en cualquier situación; que conozcan las diferentes dimensiones de las personas, sus necesidades asociadas y la interacción entre ellas y su efecto en la calidad de vida de los individuos; y que tengan las habilidades suficientes para manejar el equipamiento y material a utilizar. Esto permite asegurar un uso seguro y eficaz de la tecnología, así como obtener su máximo rendimiento en la atención sanitaria.

Cuando hablamos de formación, también hay que tener presente que la digitalización ha impregnado

prácticamente todos los ámbitos de nuestra vida incluyendo la salud. Las universidades deben ser la base de la formación de estas capacidades para los profesionales sanitarios, que, además, tienen que actualizar los conocimientos en el ámbito tecnológico a lo largo de toda su carrera.

Se tiene que incorporar la tecnología al ámbito de formación universitaria. En el futuro las profesiones sanitarias tendrán que conocer, saber manejar y utilizar las tecnologías más innovadoras, incluyendo software, tecnología robótica en cirugía, equipos de última generación de diagnóstico por imagen, etc. por lo que la formación sobre dichas tecnologías debe incorporarse a la enseñanza universitaria de manera cercana.

Los profesionales sanitarios deben apostar por un cuidado proactivo a través de wearables y “nearables” (objetos cotidianos con dispositivos inalámbricos instalados), así como soluciones que también ayuden a los cuidadores de los pacientes en sus casas. Por supuesto, garantizando en todo momento la fiabilidad de las medidas adoptadas.

La técnica es un método que exige una formación y una experiencia, pero la tecnología nos está aportando una nueva manera de conocer, por eso hablamos hoy de tecnociencia. Para mejorar el conocimiento necesitamos instrumentación, por lo que la tecnología mira a la sociedad y a las personas. Hay que entender que la tecnología no es el fin, es el medio.

Relacionado con todo lo anterior y, a modo de conclusión, se puede afirmar que **el perfil de alta complejidad de las personas con algún tipo de enfermedad crónica o en situación de dependencia hace necesario que se produzca una transformación en el perfil profesional de las personas encargadas de proveer sus cuidados y atención**. Así, se debe apostar por la especialización profesional y formación continua de los implicados y el establecimiento de un correcto sistema de acreditación que garantice unos niveles mínimos de cualificación de los mismos.

Por otro lado, al menos en el ámbito de la atención sociosanitaria dirigidas a personas mayores, en la selección de profesionales no se suele exigir una titulación o cualificación profesional específica, bien por la baja remuneración salarial

o por falta de profesionales cualificados en esta área de conocimiento. De este modo, se acaban seleccionando profesionales sensibilizados a nivel personal pero, a menudo, sin reciclar, con falta de experiencia en atención a las necesidades integrales de las personas o de trabajo en equipo interdisciplinar.

Así, creemos necesario el establecimiento de un correcto sistema de acreditación que garantice unos niveles mínimos de cualificación de los profesionales. De manera específica, se deberían poner en marcha programas de formación específicos tanto en aptitudes, actitudes y valores humanísticos, como en la utilización de las soluciones y tecnologías innovadoras disponibles. Así, se optimizarían sus conocimientos y sensibilización en la asistencia a las necesidades integrales de las personas. Además, se debe generar conciencia, a través de las sociedades científicas y colegios profesionales, de la necesidad de reciclarse y seguir avanzando en su desarrollo profesional, así como disponer de formación específica para trabajar en la atención de personas con algún tipo de enfermedad crónica o en situación de dependencia y/o vulnerabilidad.

6.4.2. EMPODERAMIENTO: CAPACITAR Y DAR PODER A LA PERSONA

No queremos pasar por alto que en los últimos años se ha desarrollado una importante tendencia, impulsada por diferentes colectivos de usuarios y profesionales comprometidos en la defensa de la derechos y la dignidad de todas las personas/usuarios/pacientes, por promover el empoderamiento de las personas en la promoción de su salud, bienestar, y en sus cuidados especializados en todas sus fases y procesos, desde el diseño y la toma de decisiones, al seguimiento, tratamiento y valoración de los resultados y satisfacción con los mismos.

Esta concepción de la relación ente los profesionales y las personas a las que atienden e incluso, con los miembros del entorno afectivo de estas últimas, implica un cambio en el modelo relacional más clásico y paternalista, que se limitaba a emitir un diagnóstico de la situación de la persona y plantear un tratamiento específico sin analizar otras necesidades de la persona o sus criterios, valores o preferencia. En contraposición, el nuevo modelo se basa en la colaboración entre todos los participantes y en las capacidades de la persona para implicarse de manera real y efectiva en su propio cuidado⁶⁶.



Imagen cedida por Medtronic

Como ya hemos detallado en otro punto de este documento, el empoderamiento es el proceso por el que las personas fortalecen sus capacidades y recursos personales adquiriendo un protagonismo activo en el impulso de cambios positivos en su vida. Está directamente vinculado con la promoción de la persona, a su desarrollo integral, al ejercicio de sus derechos y a la optimización de su calidad de vida⁶⁷.

Este proceso de empoderamiento tiene efectos positivos directos no solo en el estado de salud de la persona sino también en su bienestar y calidad de vida. De hecho, según Shalock y Verdugo⁶², en su modelo multidimensional de calidad de vida, el autogobierno y la participación en la elaboración y gestión de los aspectos cotidianos de la vida de una persona, como lo es todo lo relacionado con los procesos de salud y de cuidados, llevaría asociado el desarrollo de unas capacidades, habilidades y competencias personales que, en función del éxito y de las oportunidades dadas, influirían positiva o negativamente en la calidad de vida de los individuos.

En este sentido, no podemos olvidar que el empoderamiento capacita a las personas identificando y fortaleciendo su nivel de implicación ajustándolo a sus capacidades y características propias, y les otorga capacidad cotidiana y real para la puesta en práctica de tales competencias. Por ello, se establece que este proceso implica un doble reto⁶⁶. Por un lado, facilitar a las personas

la optimización de sus capacidades, es decir, capacitarles para esa implicación real y efectiva en la gestión de sus cuidados. Por otro lado, generar espacios y relaciones que permitan y promuevan esa implicación, es decir, dar el poder de manera real a las personas en la gestión de sus cuidados con todo lo que ello implica.

Así, se están desarrollando múltiples iniciativas que sería preciso potenciar para la consecución de un empoderamiento real de las personas y optimizar los resultados que se pueden obtener gracias a dicho proceso tanto en la salud de la persona como en sus niveles de bienestar y calidad de vida. Para ello será necesario, una vez más, que los profesionales piensen en las características personales de cada persona, en sus necesidades concretas y en los recursos de los que disponen (cognitivos, económicos, red social, cuidadores, etc.) para adaptar estas iniciativas de tal forma que se garantice el mayor nivel de satisfacción posible así como las oportunidades de éxito con las mismas.

Existen innumerables iniciativas exitosas que abarcan desde la formación clásica, en formato presencial o virtual, a la utilización de aplicaciones móviles para resolver dudas o para recordar pautas concretas, pasando por la elaboración de guías formativas o jornadas específicas sobre soluciones y tecnologías concretas.

Además, entre los objetivos a perseguir con estas iniciativas está el de garantizar la adherencia a los tratamientos y la seguridad tanto en el uso de medicamentos y productos sanitarios como de las soluciones tecnológicas.

El incumplimiento del tratamiento a largo plazo de las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran magnitud y que tiende a aumentar. Los problemas relacionados con el incumplimiento del tratamiento se observan en todas las situaciones en las que éste tiene que ser administrado por el propio paciente, independientemente del tipo de enfermedad.

Varios análisis rigurosos, que se recogen en un estudio publicado en julio del 2001 de la Organización Mundial de la Salud (OMS), han revelado que en los países desarrollados la observancia del tratamiento por parte de los pacientes con enfermedades crónicas es de sólo el 50%. Los datos disponibles señalan que el cumplimiento es todavía mucho menor en los países en desarrollo.

El problema del incumplimiento del tratamiento tiende a aumentar a medida que lo hace la carga mundial de enfermedades crónicas y conseguir la adherencia de los pacientes a sus tratamientos, se considera uno de los grandes retos de la Medicina del siglo XXI, ya que, si los pacientes no realizan bien el tratamiento, no se van a conseguir los beneficios terapéuticos esperados.

A modo de conclusión, existen una serie de recomendaciones generales que se deberían tener en cuenta a la hora de diseñar estas iniciativas empoderadoras si queremos garantizar su efectividad:

- El enfoque y contenidos de las iniciativas deben reflejar y recoger los aspectos específicos de la situación de las personas a las que van dirigidas dichas iniciativas. Nos referimos tanto a aspectos relacionados con sus necesidades integrales (salud, sociales, cognitivas, emocionales, espirituales, etc.) como a sus preferencias y valores. Así, los potenciales receptores se verán más interpelados por la iniciativa y se aumentan las posibilidades de que se produzca una transferencia real de la iniciativa a la aplicación en la vida real de las personas.
- Estas iniciativas deben adaptarse al contexto y realidad de las personas a las que se dirigen. Así, deberá tenerse en cuenta el nivel educativo,

económico, social y cultural de las personas para tratar de personalizar al máximo posible las iniciativas y garantizar su efectividad y utilidad.

- Se debe construir una relación horizontal de confianza y colaboración entre los profesionales, usuarios/pacientes y entorno afectivo en el que cada uno de ellos aporte los conocimientos e información propia de su puesto y/o rol con el objetivo común de mejorar la calidad de vida y bienestar de los usuarios.

6.5. MARCO REGULADOR

6.5.1. DEFINICIÓN DE PRODUCTO SANITARIO.

La definición de producto sanitario ha sido actualizada a través del Reglamento europeo 2017/745 sobre productos sanitarios, en el que indica que Producto Sanitario es *“producto sanitario: todo instrumento, dispositivo, equipo, programa informático, implante, reactivo, material u otro artículo destinado por el fabricante a ser utilizado en personas, por separado o en combinación, con alguno de los siguientes fines médicos específicos:*

- *diagnóstico, prevención, seguimiento, predicción, pronóstico, tratamiento o alivio de una enfermedad,*
- *diagnóstico, seguimiento, tratamiento, alivio o compensación de una lesión o de una discapacidad,*
- *investigación, sustitución o modificación de la anatomía o de un proceso o estado fisiológico o patológico,*
- *obtención de información mediante el examen in vitro de muestras procedentes del cuerpo humano, incluyendo donaciones de órganos, sangre y tejidos, y que no ejerce su acción principal prevista en el interior o en la superficie del cuerpo humano por mecanismos farmacológicos, inmunológicos ni metabólicos, pero a cuya función puedan contribuir tales mecanismos.*

Los siguientes productos también se considerarán productos sanitarios:

- *los productos de control o apoyo a la concepción,*
- *los productos destinados específicamente a la limpieza, desinfección o esterilización de los productos sanitarios o de sus accesorios.”*

Los productos sanitarios abarcan productos muy diversos en cuanto a su complejidad tecnológica, fines y utilidades, así como a sus potenciales riesgos.

En caso de duda, la cualificación de un producto como producto sanitario es competencia de la Comisión europea, previa consulta al Grupo de

Coordinación de Productos Sanitarios establecido a nivel de la Unión europea.

En función del riesgo, los productos sanitarios se clasifican en 4 tipos: I, IIa, IIb y III, de menor a mayor riesgo. De acuerdo con esta clasificación, todos los productos deben ser evaluados por los organismos notificados designados por los Estados Miembros de la Unión Europea a excepción de los de mínimo riesgo. Concretamente en España, el único organismo notificado designado para ello es la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS).

Las soluciones, terapias y servicios que se describen en este documento, son y deben ser considerados como productos sanitarios. Quedan excluidos de la condición de producto sanitario, los productos o soluciones de promoción de la salud y aquellos sin finalidad médica y que están regulados por otras normativas específicas.

6.5.2. MARCADO CE

Tras verificar toda la documentación presentada por el fabricante –relativa al diseño, procedimientos de fabricación, pruebas de funcionamiento, evaluación clínica, material de acondicionamiento, la información que acompaña al producto, entre otras– el organismo notificado lleva a cabo una auditoría en las instalaciones donde se fabrica el producto. Si el resultado de la evaluación es favorable, el organismo notificado emite un certificado CE que permitirá al fabricante elaborar la declaración de conformidad, colocar el marcado CE que irá acompañado del número de organismo notificado que ha intervenido en la evaluación de sus productos y operar en el mercado de la Unión Europea.

Colocar el marcado CE, que aparece en muchos de los productos que se comercializan cada día en el ámbito europeo, indica el cumplimiento de los requisitos y estándares de seguridad, salud y protección ambiental que establece la Unión Europea.

El fabricante es el responsable de asegurar que los productos cumplen con los requisitos mencionados y de colocar el marcado CE en el producto. El aseguramiento de los estándares de calidad, seguridad y eficacia lo llevan a cabo a través de los procedimientos de evaluación de la conformidad que en algunos casos requieren también la realización de ensayos en los laboratorios del Organismo Notificado.

Esta regulación se aplica también a las plataformas digitales (software, webs, apps...) utilizadas en el ámbito sanitario para monitorización remota, seguimiento de pacientes, ayuda al diagnóstico clínico, etc... que deben tener marcado CE como software médico, para garantizar, entre otras cosas, la seguridad y fiabilidad de los datos.

6.5.3. REGULACIÓN DE LOS PRODUCTOS SANITARIOS.

Los productos sanitarios se encuentran regulados por el Reglamento europeo 2017/745 sobre productos sanitarios, que ofrece un alto nivel de protección de la salud y que establece los requisitos esenciales de calidad, seguridad y funcionamiento que dichos productos deben cumplir. Asimismo, esta regulación establece que la conformidad con los requisitos de seguridad y funcionamiento, la aceptabilidad de la relación beneficio/riesgo y la evaluación de los efectos secundarios indeseables deben basarse en datos clínicos.

Cuatro años después de la publicación de dicho Reglamento el 26 de mayo de 2021 comenzó su aplicación marcando un hito importante en la regulación de estos productos.

Este nuevo Reglamento Europeo aporta seguridad a los pacientes y facilita el acceso a la innovación tecnológica. Su objetivo es armonizar la normativa y adecuarla a los avances tecnológicos, con un marco regulatorio sólido, transparente y previsible que potencie la innovación y la competitividad.

Dicha normativa, que revisa y reemplaza las Directivas publicadas en los años 90 sobre este tipo de productos, amplía también su ámbito de aplicación a los requisitos y procedimientos para los productos fabricados y utilizados en los centros sanitarios, así como al reprocesamiento de productos sanitarios de un solo uso.

El Reglamento introduce una base de datos Eudamed, cuyo objetivo es reunir todos los productos de tecnología sanitaria comercializados en la Unión Europea, así como los agentes económicos, los certificados emitidos por los organismos notificados, las investigaciones clínicas, toda la información relativa a la vigilancia de los productos y las actividades de control de mercado que deben llevar a cabo las autoridades sanitarias de los Estados Miembros, lo que supondrá un beneficio para profesionales y pacientes y, en definitiva, para todo el sistema sanitario.

Las empresas del sector de Tecnología Sanitaria han invertido destacados esfuerzos y recursos humanos y económicos para cumplir con las exigencias de la nueva normativa.

6.5.4. PAPEL DE LA TECNOLOGÍA SANITARIA EN LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA.

Profundizar en las antiguas y nuevas estrategias que relacionan la Tecnología Sanitaria asociada a la calidad y seguridad del paciente, nos sitúa delante de una nueva cultura de la seguridad en la atención sanitaria, que afecta a pacientes y profesionales de la salud.

La Tecnología Sanitaria ha sido crucial para el cuidado de los pacientes con Covid-19, demostrando la importancia de contar con un parque tecnológico actualizado que permita ofrecer mayor eficiencia a los procesos y seguridad tanto al paciente como al profesional.

El sistema sanitario adolece de una falta de estrategia para la corrección del nivel de obsolescencia, una cuestión que, sin duda, repercute en la calidad de los diagnósticos y tratamientos. El informe de la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (Fenin) '*Estudio de Mercado Sector Tecnología y Sistemas de Información Clínica 2019*' remarcaba que la inversión en 2019 habría disminuido un 9,7 por ciento situándose los niveles más bajos en las áreas de Diagnóstico por la Imagen y Quirúrgicas, situación que se debe revertir. En este sentido, el Informe aboga por la puesta en marcha de un Plan de Renovación Tecnológica, que facilite la renovación de los equipos con más de 10 años de antigüedad y crear modelos de colaboración entre el sector público y el privado para, entre otras cosas, sincronizar sus iniciativas.

La Industria de Tecnología Sanitaria tiene un papel fundamental en la formación de profesionales y colabora también en la elaboración de protocolos o guías de práctica clínica.

La definición e implantación de estándares de calidad y seguridad clínica establece mecanismos de control responsable, aumenta la transparencia y genera confianza.

6.6. COMPRA INNOVADORA (SERVICIOS TRANSVERSALES E INTEGRALES)

Esta crisis sanitaria ha demostrado que se debe construir un verdadero sistema sociosanitario basado en las personas y en sus necesidades.

Para ello se debe apostar por un nuevo modelo asistencial poniendo el foco en la financiación y en políticas de compras que pongan en valor la calidad y los resultados sobre el precio y que valore a las empresas comprometidas con la calidad, la seguridad y la ética. Para lograrlo se debería modificar la Ley de Contratos del Sector Público (LCSP) incluyendo una especificidad para el ámbito sanitario como han hecho otros países europeos garantizando que la calidad sea superior al 50% de los criterios de adjudicación.

En este sentido, desde el Sector de Tecnología Sanitaria se apuesta por:

- Favorecer la compra basada en valor, tal y como establece la LCSP, siendo esta la mejor garantía para que el sistema cuente con tecnología sanitaria de calidad que le permita responder a las necesidades asistenciales sin los problemas de seguridad y calidad observados en esta crisis sanitaria.
- Impulsar los proyectos de compra Pública Innovadora (CPI) y el acceso a Fondos europeos que permitan la financiación de soluciones innovadoras que mejoran los procesos de atención sanitaria en cuanto a su calidad y eficiencia.
- Impulsar la medición de resultados y benchmarking a nivel central en coordinación con las CCAA. Ello permitiría aplicar criterios de valor en la compra y evaluación de los nuevos procesos y tecnologías basado en resultados.
- Reforzar la apuesta por empresas comprometidas con la ética y cuya experiencia y conocimiento garantizan la calidad en producción y distribución, que resulta esencial tal y como se ha visto durante esta crisis.

No podemos tener una visión cortoplacista. Determinadas tecnologías domiciliarias pueden suponer una inversión inicial, pero a medio plazo son indudablemente no sólo coste-beneficiosas, sino coste-efectivas y eficientes.

CAPÍTULO 7.

EFICACIA ECONÓMICA.

7.1. VENTAJAS QUE APORTAN LAS TERAPIAS Y LAS SOLUCIONES TECNOLÓGICAS EN LA GESTIÓN ECONÓMICA DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA.

La digitalización y la innovación tecnológica sanitaria, permiten acercar la asistencia sanitaria al domicilio del paciente a través de terapias y soluciones que facilitan su cuidado y el control del cumplimiento de sus tratamientos, impactando positivamente en su calidad de vida y en la de sus cuidadores y familiares y en la eficiencia del sistema.

Los avances en biomedicina, el envejecimiento de la población, el incremento de las demandas sociales y la exigencia de mayor calidad en las prestaciones son, entre otros, algunos de los factores que contribuyen al incremento del gasto sanitario, por lo que la sostenibilidad del sistema sanitario español está supeditada a la reinversión y transformación del propio sistema.

Los avances en Tecnología Sanitaria están permitiendo realizar mejores diagnósticos y tratamientos, mejoran en gran medida la calidad de vida de los pacientes, ayudan a la detección temprana y a la prevención de enfermedades, promueven la implantación de procesos más eficientes, permiten la monitorización remota de pacientes y la prestación domiciliaria y transforman la práctica clínica, entre otras posibilidades.

Además **este Sector contribuye** en muchos otros aspectos **a la mejora de la sostenibilidad del sistema sanitario aportando su visión, ofreciendo fórmulas novedosas de financiación, facilitando la medición de resultados y la mejora de los procesos, formando y capacitando a los profesionales sanitarios y actuando como elemento de confianza y soporte en la práctica clínica.**

Los sistemas de salud deben facilitar la adopción temprana de la innovación con capacidad de

introducir cambios en el sistema basados en la evidencia y avanzar en su transformación digital en un marco de interoperabilidad nacional y europea, que aumente su eficiencia, impulse la calidad y la seguridad, facilite el despliegue de los recursos allí donde el paciente los necesite, y adapte las estructuras organizativas a las nuevas necesidades.

7.2. AHORRO DE COSTES. USO EFICIENTE DE LOS RECURSOS.

Tal y como se recoge en el Informe *"Hacia la transformación digital del sector de la salud"* elaborado por Fenin, de la mano de AMETIC y la SEIS, **el sistema sanitario debe orientarse hacia la cronicidad, dotándolo de un presupuesto específico para las TIC que permitan un uso más eficiente de los recursos.**

El cambio de paradigma sanitario para enfocar progresivamente el Sistema de Salud hacia la cronicidad y el envejecimiento de la población sólo podrá implantarse con una apuesta clara y definida en la Salud Digital: sistemas que faciliten la recopilación, normalización y uso compartido de la información clínica, sistemas de soporte a la decisión clínica basados en la evidencia integrados en procesos longitudinales, mejora de la seguridad clínica disminuyendo la incertidumbre y la variabilidad clínica innecesaria, sistemas que enriquezcan la colaboración de los participantes en la Red de Cuidados (profesionales, pacientes, cuidadores, etc.).

Este es un cambio de paradigma global por lo que no debe esperarse que pueda ser realizado sólo con los presupuestos actuales: las propias organizaciones deberán dar la importancia estratégica necesaria con la dotación de recursos humanos, materiales y económicos necesarios.

Cada vez existen más estudios que miden el coste/eficiencia y coste/utilidad de la aplicación de las nuevas tecnologías. Estos estudios son necesarios para establecer prioridades y tomar decisiones de gestión sanitaria, que en el caso de enfermedades tan prevalentes como la diabetes, tienen repercusiones directas e indirectas en el gasto sanitario ya que evitan agudizaciones, ingresos, bajas laborales y por tanto gastos innecesarios y repercute positivamente en la salud de nuestra sociedad.

Estudios como el realizado por el IVEc (Instituto de Validación de la Eficiencia Clínica de la Fundación

de Investigación de HM Hospitales), que analiza el impacto presupuestario de la implementación de la nutrición parental en el Servicio de Asistencia Domiciliaria Nutricional del SNS, concluye que se consigue además de un ahorro de 2 millones de euros, un beneficio directo en la calidad de vida y comodidad tanto para el paciente como para su familia ya que permite reducir en un 23% las estancias hospitalarias después de un procedimiento de cirugía digestiva.

Por lo tanto, es fundamental la utilización de los análisis de impacto presupuestario para evidenciar los beneficios y el retorno que supone en términos económicos y de mejora de la vida de los pacientes la inversión en tecnologías y procesos que permiten una atención domiciliaria de calidad.

7.3. IMPORTANCIA DE INDICADORES: MEDICIÓN Y SEGUIMIENTO.

Una ejecución exitosa de la estrategia de atención al paciente domiciliario tendría el potencial de transformar los sistemas de salud en más eficientes, seguros y dotarlos de servicios de mayor calidad.

No obstante, para cualquier organización que aspira a mejorar, es necesario medir sus resultados y en el

caso del sector salud, hacerlo de una manera distinta a como se ha hecho hasta ahora.

Un sistema más transparente, que permita una rigurosa medición de resultados y costes así como la comparación entre organizaciones y sistemas de salud lo que es clave para lograr la mejora en los resultados en salud.

Los pacientes deben tener un acceso fácil a información relevante y ser capaces de compararla para que adquieran mayor responsabilidad y capacidad de decisión.

Para ello, las CCAA deben facilitar la generación y el acceso a los datos que les permitan su comparación y a información veraz que le permita tomar elecciones informadas en función del desempeño de los distintos agentes del SNS.

Además, se deben definir indicadores homogéneos de calidad y coste-efectividad que sean también utilizados a nivel internacional que permitan evaluar, medir y comparar el impacto de atención domiciliaria en el sistema de salud y evaluar el progreso de su implantación en las distintas CCAA. De esta forma se facilita la identificación de aquellas prácticas que obtienen mejores resultados.



Imagen cedida por Mölnlycke

CAPÍTULO 8.

CONSIDERACIONES FINALES: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Creemos que llegados a este punto del informe se ha podido constatar la importancia y el valor que tiene el desarrollo de la atención domiciliaria para personas mayores o para personas con algún tipo de enfermedad crónica. Así, hemos intentado reflejar la necesidad de resaltar los beneficios y potencialidad de la atención social y sanitaria en este ámbito y el papel que la tecnología sanitaria puede tener en ello como modulador entre las necesidades de las personas, sus preferencias y los recursos existentes en el entorno físico en el que viven.

8.1. ATENCIÓN DOMICILIARIA: COORDINACIÓN DE LOS ÁMBITOS SOCIAL Y SANITARIO

Todas las previsiones de futuro indican que existe una demanda creciente de servicios domiciliarios, lo que hace necesario poner en marcha los mecanismos e iniciativas más adecuadas para afrontar esta nueva situación.

Además, es indispensable mejorar la atención a domicilio de los pacientes, para evitar previsibles aumentos de ingresos o multi-ingresos hospitalarios y/o ingresos en centros residenciales, siendo un hecho constatado que el propio domicilio de la persona es en ocasiones el mejor lugar terapéutico, y la opción más deseada por la mayoría de los pacientes y sus familiares. Mantener a las personas en sus propios hogares supone además una importante reducción del gasto público y las posibilidades de atención domiciliaria de los servicios catalogados como de carácter más social, juegan también un papel determinante en este reto.

En este sentido, como hemos visto, **una tendencia común en las recientes iniciativas de los sistemas sanitarios y sociales a nivel internacional es el énfasis en modelos de integración o coordinación de servicios como estrategia para superar las deficiencias asociadas a su fragmentación.**

8.2. ASEGURAR UN MODELO SOSTENIBLE DE BIENESTAR PARA EL FUTURO SIENDO LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS LAS QUE APUESTEN POR SISTEMAS DE INNOVACIÓN SANITARIA Y SOCIAL

La presión demográfica pone de manifiesto que las políticas sociales de manera coordinada a las sanitarias son esenciales a medio plazo y deben ser reforzadas económica y estratégicamente.

En relación a este aspecto, no parece que las políticas de cuidados integrales (sociales y sanitarios) de larga duración hayan tenido en España el mismo grado de desarrollo que en otros países de nuestro entorno y mucho menos en el desarrollo de soluciones de atención domiciliaria, ya que tradicionalmente se ha apostado por la residencial¹⁰.

Para afianzar nuevas estructuras que permitan mantener la atención integral demandada **es necesario mejorar la organización, formación, distribución y dotación de recursos de los equipos de atención primaria que respondan de una manera eficiente a las circunstancias asistenciales de los diferentes territorios.**

Así, creemos necesario iniciar o potenciar procesos de análisis y evaluación de las estrategias de atención domiciliaria existentes en el que participen todos los agentes presentes en un determinado territorio para rediseñar las políticas públicas de atención social y sanitaria de manera que se apueste por la coordinación entre los servicios y la optimización de los recursos, persiguiendo siempre unos altos estándares de calidad.

8.3. TRANSFORMACIÓN DIGITAL EN LA ATENCIÓN DOMICILIARIA

No cabe duda que, tal y como se señala en un informe de The King's Fund⁴⁰, nos encontramos en un momento de vital importancia para los sistemas de atención sanitaria y social en el que las decisiones que se tomen en los próximos meses tendrán un efecto significativo durante los próximos años en los sistemas de provisión de apoyos y cuidados y en cómo se ajustan ambos a las necesidades de la población.

La pandemia generada por la aparición del SARS-CoV-2 ha puesto de relieve la necesidad de cambiar la provisión de los cuidados si se quiere garantizar su cobertura a toda la población. De este modo, hemos visto cómo se ha apostado por la utilización de diferentes soluciones y tecnologías de la información (nos referimos a la utilización de la teleconsulta, envío de información digitalmente, mensajes virtuales, plataformas de consulta de dudas, servicio de dispensación de medicamentos, etc.) con múltiples objetivos aplicados a la atención social y sanitaria de las personas. En líneas generales, se puede afirmar que los resultados obtenidos y la satisfacción de los implicados, tanto profesionales como personas atendidas, ha sido positiva. Por esta **razón se ha abierto una gran oportunidad para potenciar y desarrollar la aplicación de la tecnología en los cuidados de las personas con algún tipo de enfermedad crónica y necesidades complejas asociadas en su propio domicilio, mejorando y facilitando su vida y la de su entorno afectivo.**

No obstante, existen una serie de factores a tener en cuenta que destacan diferentes agentes y líderes impulsores de este cambio⁴⁰.

En primer lugar, se debería ayudar a que los ciudadanos, sacaran el máximo partido de sus propios datos. Los autores del estudio citado se refieren en este punto a la necesidad de aportar seguridad a los ciudadanos acerca de la privacidad y la manera en que las diferentes entidades y agencias implicadas utilizan, almacenan y comparten sus datos personales, tanto de salud como sociodemográficos, que previamente han sido obtenidos, registrados y/o introducidos en las diferentes aplicaciones móviles y soluciones tecnológicas. Además, este proceso de digitalización de los cuidados generará una ingente cantidad de datos que podrían ser utilizados con diferentes objetivos (estudios científicos, análisis de la población, desarrollo de nuevos servicios, mejora de las soluciones existentes, etc.). Es importante establecer marcos transparentes de colaboración en el que se explicita cómo se va a utilizar esta información y cuál es el beneficio que los ciudadanos podrán obtener al compartir sus datos con entidades públicas y/o privadas. Por otro lado, tampoco nos podemos olvidar ni de la brecha digital existente entre las generaciones más jóvenes y las mayores que puede determinar la utilización y optimización de los beneficios de su uso en función de las habilidades y conocimientos personales relativos a

dicha utilización; ni de la disponibilidad de acceso igualitario y equitativo a una red de calidad en todos los rincones de la geografía estatal, especialmente en aquellas zonas con menor densidad de población o de difícil acceso.

En segundo lugar, es importante ayudar a los profesionales de ámbito sociosanitario a que obtengan el máximo beneficio de la tecnología. Así, se considera esencial realizar un esfuerzo para rediseñar y adaptar su trabajo diario para garantizar la implementación de las diferentes soluciones y tecnologías sin que eso cause un perjuicio y carga añadida en el trabajo diario de dichos profesionales. Se deben establecer los procedimientos adecuados para optimizar los beneficios que la tecnología puede brindar, tanto a la persona usuaria/paciente, como al profesional. Además, es necesario establecer los programas formativos necesarios para que los profesionales adquieran los conocimientos y habilidades suficientes para utilizar correctamente estas tecnologías y analizar los datos y resultados obtenidos con su aplicación. En este sentido, sería conveniente establecer una serie de indicadores estables y ampliamente consensuados que nos permitan evaluar los servicios e intervenciones apoyados en la tecnología para poder evaluar su efectividad y calidad. Esto es especialmente relevante en el ámbito de la tecnología ya que los desarrollos son mucho más rápidos que los procesos evaluativos. Estos indicadores deberían permitir agilizar el proceso de valoración y aumentar la evidencia científica sobre la utilidad de la tecnología.

Finalmente, en tercer lugar, es necesario un liderazgo compartido entre entidades y agencias desde los niveles micro (locales) a los macro (estatales). Así, es importante mejorar la colaboración y compartir información sobre la evidencia en términos de eficacia y calidad de las intervenciones innovadoras en el ámbito sanitario y social a todos los niveles, entre municipios, comarcas, consejerías y/o direcciones de servicios e, incluso, entre comunidades autónomas. Además, es preciso desarrollar marcos claros, estables y transparentes de financiación y de colaboración entre entidades públicas y privadas. Por último, debe definirse la estrategia y las políticas sociales y sanitarias y la incorporación y desarrollo de la tecnología. Para ello el gobierno central debe liderar y facilitar una atención equitativa, cohesionada y de calidad en todas las CCAA, mejorando la coordinación y comunicación entre ellas.

A todo lo anterior se suma la aparición de tecnologías emergentes para las que empieza a haber una

evidencia científica importante sobre su utilidad, si bien es cierto que se están desarrollando a la misma velocidad las normativas, protocolos y procedimientos de uso para ellas. Nos referimos a tecnologías y soluciones como la inteligencia artificial, realidad aumentada, nanotecnología, genómica, healthbots, impresión 4D, materiales biológicos, realidad virtual, sistemas Point of Care (POC) portátiles de diagnóstico en tiempo real y calidad de laboratorio mediante biosensores para monitorización de diferentes parámetros metabólicos y biomarcadores (incluyendo gases en sangre, bioquímica y marcadores cardíacos), incluyendo conectividad e integración de datos; entre otras muchas.

8.4. NECESIDAD DE COORDINACIÓN SOCIAL Y SANITARIA

Se plantea la urgente necesidad de incrementar los recursos dedicados a los cuidados sociales y sanitarios, así como coordinar ambas áreas de una manera real y efectiva, utilizando las herramientas, soluciones y servicios disponibles.

Asimismo, se debería elaborar un mapa con los recursos para afrontar un modelo de atención integral, tanto desde el punto de vista social como sanitario; al igual que disponer de un sistema de información que permita conocer la situación de las personas beneficiarias de dicha atención.

Se reconoce, en este documento, que los usuarios de atención domiciliaria tienen la percepción de que es un recurso asistencial excesivamente fragmentado en el que intervienen, de manera descoordinada y sin comunicación entre ellos, multitud de agentes que, en ocasiones, ofrecen servicios que podrían complementar y mejorar la calidad de la asistencia prestada y la satisfacción de los usuarios. Esta fragmentación excesiva se puede observar en tanto en los ámbitos asistenciales, líneas de servicio, modelos de atención, sistemas de información, modelos de pago, sistemas de contratación, etc. que están generando nuevas barreras para la atención integrada esperada por las personas¹⁰.

En este sentido, **se debe apostar por estructuras de gobernanza compartida en el que participen representantes tanto del ámbito social como del ámbito sanitario para tratar de generar una visión y estrategia común y compartida**

en el abordaje de las necesidades de la población. Además, para garantizar la correcta capilaridad de los servicios en el territorio y ajuste de este abordaje a las necesidades y recursos reales existentes en un determinado territorio sería necesario la generación de estructuras flexibles los que haya representación tanto de los agentes autonómicos o estatales como de los municipales y locales, y también de entidades tanto públicas como privadas. Para estas últimas, será necesario el desarrollo de marcos estables y claros de colaboración en los que se especifiquen, con total transparencia, los requisitos y funciones de cada una de las partes y los sistemas o estrategias de evaluación a utilizar.

En búsqueda de la mejor coordinación entre el ámbito social y sanitario, es necesario desarrollar sistemas de información que permitan compartir tanto historia clínica como la social para una mejor atención integral.

8.5. PROGRAMAS INTEGRALES DE ACTUACIÓN EN EL DOMICILIO.

Cuando hablamos de atención domiciliaria desde el ámbito social no nos referimos única y exclusivamente a la atención profesada a través de soluciones tecnológicas más o menos sofisticadas. Nos referimos además a la aplicación de determinados programas integrales de actuación y seguimiento dirigidos a pacientes con necesidades específicas en materia de prevención, promoción o apoyo, que incluyen otras prestaciones de carácter presencial o en remoto y que proporcionan atenciones muy concretas y específicas centradas en las circunstancias sociales y sanitarias de cada paciente, es decir, atenciones centradas en la persona.

Estos programas como pueden ser la telemonitorización de personas con enfermedades crónicas o los programas de prevención y detección del deterioro cognitivo, promueven además el empoderamiento de las personas que requieren cuidados en el domicilio para que sean copartícipes y responsables de su propia salud y conseguir así potenciar sistemas de atención sostenibles.

En este marco, los servicios de teleasistencia ya alcanzan a varios centenares de miles de usuarios en situación de dependencia a nivel estatal, ofreciéndoles atención en su hogar. Atención que con facilidad puede prestarse también en movilidad,

contribuyendo a una vida activa del usuario. Además, como se ha anunciado recientemente por las autoridades públicas, se pretende universalizar estos servicios de teleasistencia y potencial la teleasistencia avanzada. Por tanto, se recomienda aprovechar la red existente de servicios de teleasistencia para superponer servicios de telemonitorización que permitan ampliar de manera coordinada la cartera de servicios sociosanitarios que llegan a los usuarios. Consideramos que sería una fórmula eficaz y eficiente que redundaría en una mayor satisfacción del usuario y enormes ventajas económicas y de gestión para las administraciones públicas.

De manera adicional, en este informe hemos querido resaltar **la importancia de contar con la tecnología sanitaria necesaria para atender a los pacientes en su domicilio y que incluye material de cura de heridas, absorbentes y soluciones de incontinencia de orina, terapias respiratorias, equipos necesarios para la diálisis domiciliaria, soluciones para la administración de medicamentos en el domicilio, programas de nutrición clínica domiciliaria, aplicaciones y software para el control y seguimiento remoto de los profesionales sanitarios de sus pacientes y un largo etcétera.** En este sentido, defendemos y apostamos por un mayor conocimiento por parte tanto de los profesionales encargados de los cuidados de una persona, como de ella misma y de los miembros de su entorno afectivo y cuidadores. Para ello **es imprescindible desarrollar protocolos y procedimientos estandarizados y claros que permitan analizar la idoneidad de la utilización de estas soluciones en cada caso concreto**, de acuerdo con las necesidades, preferencias y valores de la persona con el objetivo de optimizar su bienestar y calidad de vida en el entorno en el que dicha persona viva.

8.6. EMPODERAMIENTO DE LOS USUARIOS: IMPLICACIÓN Y EXPERIENCIA

Existe una tendencia hacia la corresponsabilización y empoderamiento de las personas en sus propios cuidados. Así, se debe continuar con la inclusión de los pacientes en los procesos de toma de decisiones relacionados con sus propios cuidados, en el desarrollo de su plan individualizado de intervención y en la evaluación de los resultados y experiencia subjetiva del proceso de cuidados.

También es necesario desarrollar campañas y recursos que aporten conocimiento fiable y de calidad a los pacientes y a sus cuidadores sobre la adopción de hábitos y conductas de autocuidado, promoción de la salud y sobre la prevención de riesgos y optimización de la seguridad.

Para potenciar la participación y el empoderamiento de las personas en aras de un mejor aprovechamiento de los recursos, es necesario concienciar sobre el buen uso de los servicios sanitarios.

8.7. MARCO EVALUATIVO Y VALORACIÓN DE LA CALIDAD

De la misma manera, es esencial contar con procesos transparentes y públicos de evaluación y valoración de la calidad de todas las estrategias, políticas y servicios de atención social y sanitaria en el domicilio. Los datos que se obtengan de estos procesos deberían ser la base de un proceso compartido de mejora continua que permitan optimizar los servicios prestados.

Finalmente y a modos de conclusión, no podemos caer en el error de reducir la concepción de la atención domiciliaria social y sanitaria únicamente como un recurso que responde a las necesidades de cuidados especializados para personas con algún tipo de enfermedad crónica o para personas mayores con algún nivel de dependencia o limitaciones en su funcionalidad. La atención domiciliaria debe ser considerada también como una importante inversión generadora de riqueza que fomenta la creación de puestos de trabajo de calidad así como en el aumento del consumo de las personas atendidas como consecuencia de la promoción de su salud, bienestar y calidad de vida.

CAPÍTULO 9. EPÍLOGO:

LA VISIÓN DE OTRAS ENTIDADES

9.1. ASOCIACIÓN ESTATAL DE SERVICIOS RESIDENCIALES DE LA TERCERA EDAD (AESTE)

APORTACIONES MODELO FUTURO

El modelo expuesto pone en valor la necesidad de una atención domiciliaria (servicio de ayuda a domicilio y teleasistencia) integral y la de avances en la misma para adaptarla a las nuevas circunstancias. La realización de un informe de estas características por entidades como la Fundación Edad&Vida y Fundación Tecnología y Salud refuerza el mensaje ante la opinión pública dándole una mayor visibilidad al ámbito domiciliario. Todo esto contribuirá al desarrollo de un modelo sostenible de innovación social y sanitaria de atención domiciliaria algo que se viene reclamando desde hace tiempo.

Como comentario general, indicar que el modelo presentado obvia el potencial que puede representar el actual modelo de atención domiciliaria y las aportaciones que este servicio viene proporcionando. Especialmente en lo que se refiere a la construcción del modelo de cuidados de larga duración a partir de lo desarrollado ya en atención domiciliaria (servicio de ayuda a domicilio y teleasistencia) y que sería la base sobre la que construir todo lo demás. Consideramos que el propio modelo de atención domiciliaria actual, como decimos, es muy maduro y está desarrollando actualmente proyectos novedosos orientados a la atención centrada en la persona que pueden servir como base a un modelo integrado además de contribuir a la sostenibilidad del sistema al optimizar los desarrollos disponibles permitiendo no tener que desarrollar de cero las nuevas actuaciones.

De igual modo se hace referencia de manera continuada aspectos tecnológicos obviando los profesionales que están detrás que en última instancia con los usuarios con son los que dan sentido a la tecnología.

A continuación pasamos a comentar algunos aspectos a considerar:

FINANCIACIÓN

- Necesario definir quien, como y cuando se determina la financiación ante la enorme disparidad de Administraciones y Organismos.
- Financiación de acuerdo a beneficios de la actividad y no de acuerdo a áreas (las áreas social y sanitaria se benefician mutuamente).
- Compromiso a largo plazo ante las inversiones y cambios que se deben realizar garantizando la sostenibilidad.
- Es importante tener en mente los costes de la tecnología y su financiación. Con independencia de que pueda suponer un ahorro futuro, su implantación requiere de inversión y parte de los servicios prestados en el ámbito domiciliario no son sustituibles (por ejemplo, el servicio de ayuda a domicilio).

LOPD

- El marco legislativo actual cada vez es más restrictivo por lo que la integración será más complicada.
- Las nuevas tecnológicas facilitan cada vez más la recogida de información haciendo necesario la implementación de mayores medidas de seguridad.

RECURSOS HUMANOS

- Adaptación general y completa del marco legal vigente en relaciones laborales (ETT, convenios colectivos, etc.)
- Necesidad de nuevos perfiles que ahora mismo no existen en la cantidad suficiente en el mercado.
- Adaptación de los ciclos formativos para amoldarlos a la nueva realidad.
- Identificación de los nuevos perfiles profesionales (sanitario vs. social) y definición de roles dentro del proceso.
- Incremento de costes asociados a lo anteriormente asumidos por la financiación.
- La tecnología no es el fin es el medio. Los profesionales son la pieza fundamental del proceso.

DESARROLLO TECNOLÓGICO

- Mayor desarrollo de las comunicaciones a nivel nacional para la implantación (desarrollo 5G, problemas en zona rural, etc.)

- Adaptación de la tecnología a las capacidades de los usuarios.
- Dificultad para integrar las diferentes plataformas tecnológicas.
- Dificultad para definir qué datos se comparten y de qué manera (problemática técnica y LOPD)
- Plantear la teleasistencia como recurso de base, ya existente e integrador de todas las plataformas y servicios.

9.2. CENTRO DE REFERENCIA ESTATAL DE AUTONOMÍA PERSONAL Y AYUDAS TÉCNICAS (CEPAT)

Desde el Centro de Referencia Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas, Ceapat, del Imsero, felicitamos a la Fundación Tecnología y Salud y a la Fundación Edad y Vida, por la realización de esta publicación y agradecemos la oportunidad de permitirnos dar brevemente nuestro punto de vista sobre el futuro de la atención domiciliaria.

Vivir en el domicilio habitual, con los apoyos sociales y sanitarios necesarios, cuando envejecemos o tenemos algún tipo de dependencia, es el deseo y la demanda de la gran mayoría de personas. Además, es importante tener presente que poder decidir sobre aspectos que afectan a nuestra salud, a nuestra autonomía e independencia y a nuestra participación social en cualquier ámbito de la vida, es un derecho.

En esta publicación se han expuesto ideas que compartimos y que forman parte de los objetivos estratégicos del Imsero. Coincidimos en que es necesario un cambio de modelo de cuidados, trabajar en la desinstitucionalización de las personas mayores y personas en situación de dependencia y centrar los esfuerzos y recursos en los apoyos humanos y técnicos disponibles en el hogar. También consideramos necesaria una mayor coordinación entre los servicios sociales y sanitarios, y la tecnología puede facilitar esta coordinación, por ejemplo, a través del acceso a bases de datos comunes o la utilización de las mismas herramientas de comunicación, entre profesionales, personas usuarias, asistentes personales y cuidadores. Estas bases de datos deben recoger el perfil de la persona, sus preferencias y plan de vida, también sus necesidades sociales y sanitarias, entre otras.

Sin embargo, entendemos que la atención domiciliaria de calidad, va más allá de dotar a

las viviendas de acceso a internet y de poner a disposición de las personas la tecnología socio-sanitaria. Hay otros elementos que afectan también a la calidad de vida y el bienestar de la persona en su vivienda. Entre estos distinguimos las condiciones de accesibilidad del domicilio y de su entorno construido, la disponibilidad de productos de apoyo según las necesidades individuales de cada persona, los apoyos humanos tanto profesionales como de su núcleo social y familiar, y por último, la formación en el uso de las tecnologías socio-sanitarias disponibles en el hogar.

A la hora de plantear soluciones para cada uno de estos elementos, incluyendo la tecnología socio-sanitaria, hay que tener en cuenta los principios del diseño universal: uso equitativo, uso flexible, uso simple e intuitivo, información comprensible, tolerancia al error, mínimo esfuerzo físico, y tamaño y espacio adecuado para el acercamiento, alcance, manipulación y uso. La puesta en práctica de estos principios desde el origen facilitará que las personas incorporen y utilicen en su vida diaria el conjunto de productos y servicios socio-sanitarios disponibles en el hogar.

Si el objetivo es que las personas puedan seguir viviendo en sus domicilios, es necesario acometer la adaptación arquitectónica de las viviendas de manera que se ajusten a las necesidades particulares de sus residentes. Esta adaptación debe incluir la dotación e instalación de productos (tecnológicos, mecánicos, etc.) que faciliten la movilidad, minimicen el esfuerzo físico, eviten situaciones de riesgo y alerten de las mismas, por ejemplo, de caídas, incendios, fugas, etc.

Por otro lado, el diseño de las nuevas viviendas debe incorporar por defecto criterios de accesibilidad que permitan hacer las futuras adaptaciones que sean requeridas por sus residentes a lo largo de la vida. Los espacios comunes del edificio o complejo habitacional y su entorno urbano deben también diseñarse con criterios de accesibilidad, de lo contrario se crearían “cárceles” confortables. Los criterios básicos de accesibilidad de obligado cumplimiento son aquellos exigidos por las normativas nacionales y autonómicas para el entorno edificado^c y el entorno urbano^d.

Los productos de apoyo son frecuentemente utilizados y en muchos casos imprescindibles para que personas mayores y personas con discapacidad puedan ser independientes y tener una vida autónoma. Estos se clasifican según la norma UNE EN ISO 9999:2017 Productos de apoyo para personas

con discapacidad. Clasificación y terminología (ISO 9999:2016). Los productos de apoyo utilizados por una persona con discapacidad, pero que requieren la asistencia de otra persona para su funcionamiento, están también incluidos. Muchos de los productos de apoyo de esta clasificación están previstos para ser utilizados fuera de establecimientos sanitarios. Es fundamental realizar un entrenamiento y un seguimiento en el uso de estos productos para que la persona o sus asistentes los utilicen con seguridad y eficacia.

La definición vigente de “productos de apoyo” es la siguiente: cualquier producto (incluyendo dispositivos, equipo, instrumentos y software) fabricado especialmente o disponible en el mercado, utilizado por o para personas con discapacidad destinado a: facilitar la participación, proteger, apoyar, entrenar, medir o sustituir funciones/estructuras corporales/estructuras y actividades o prevenir deficiencias, limitaciones en la actividad o restricciones en la participación.

Existen ayudas económicas para la adquisición de determinados productos de apoyo, pero en muchos casos no cubren el 100% del coste del producto. La necesidad de uso o la conveniencia de un producto de apoyo pueden variar con el tiempo según van cambiando las necesidades del usuario en cada etapa de su ciclo vital. Por eso, desde Ceapat proponemos crear bancos de productos de apoyo, de gestión pública, para que éstos puedan ser prestados al usuario beneficiario cuando lo necesite y posteriormente pueda recuperarse, higienizarse y reutilizarse por otros usuarios. Este servicio de préstamo debe acompañarse de un asesoramiento profesional personalizado.

Por otro lado, si se trata de un software y/o un servicio en línea, estos deberían cumplir con los criterios de accesibilidad para web y aplicaciones. Es obligatorio para los servicios en línea prestados por las administraciones públicas, según el Real Decreto 1112/2018, de 7 de septiembre, sobre accesibilidad de los sitios web y aplicaciones para



Imagen cedida por Bexen Medical

dispositivos móviles del sector público. Los requisitos exigidos son los de la norma EN 301 549. "Requisitos de accesibilidad para productos y servicios TIC"^e. La usabilidad del software y la comprensión de los contenidos proporcionados a los usuarios son otros aspectos a tener en cuenta en el diseño de servicios socio-sanitarios prestados a través de herramientas TIC, especialmente si se quiere facilitar su utilización a personas con discapacidad intelectual o con dificultades cognitivas. El consorcio W3C (siglas que responden en inglés a World Wide Web Consortium; en español, Consorcio de la Web Mundial) es la organización que desarrolla los estándares y recomendaciones de accesibilidad web. Dentro de la iniciativa WAI, (Web Accessibility Initiative o Iniciativa de Accesibilidad Web, en español), se ha creado un grupo de trabajo específico, denominado COGA (Cognitive and Learning Disabilities Accessibility, Accesibilidad para discapacidad cognitiva y del aprendizaje, en español) que está desarrollando estándares de accesibilidad cognitiva para contenidos web^f.

También debe tenerse en cuenta que España debe trasponer a la legislación nacional la nueva Directiva Europea de Accesibilidad, antes del 28 de junio de 2022. El objetivo de esta Directiva (UE) 2019/882^g es mejorar el funcionamiento del mercado interior de productos y servicios accesibles, eliminando las barreras creadas por normas divergentes en los Estados miembro. La misma regulará la accesibilidad de los servicios prestados a través de ordenadores y sistemas operativos, teléfonos inteligentes; equipos de televisión relacionados con los servicios de televisión digital; servicios de telefonía y equipos relacionados; comercio electrónico, entre otros. Es decir, sistemas y herramientas relacionados con la prestación de servicios en línea como los que se están creando para la atención domiciliaria.

Los apoyos humanos son otro factor importante para la atención socio-sanitaria en el domicilio y son imprescindibles para la persona. Profesionales (trabajadores sociales, fisioterapeutas, logopedas, terapeutas ocupacionales, asistentes personales, profesionales de la psicología, medicina y enfermería, profesionales expertos en accesibilidad, etc.), así como, familiares y amigos forman una red multidisciplinar para la atención y planificación de los apoyos centrados en la persona. Es importante que todos tengan acceso a los mismos datos y plataformas de comunicación, y que exista una persona de referencia que sirva a modo de coordinador del conjunto de apoyos y servicios.

No hay que olvidar que una atención centrada en

la persona se basa en la autodeterminación y en la participación de la persona en la comunidad en la que vive. También prima la autonomía personal de la persona, que a diferencia de la dependencia funcional es un concepto que no tiene que ver tanto con la acción sino con la decisión de cómo vivir la propia vida^h y de cómo quiere ser atendido. La persona debe tener el control de los servicios que recibe y debe poder tomar decisiones informadas, gracias a su red de apoyo.

También, debería haber una combinación de servicios sociales y sanitarios prestados en línea y presencialmente en el domicilio. El contacto y la calidez humana son necesarios y contribuyen a la salud mental y bienestar emocional de las personas.

Por último, la incorporación de servicios sanitarios y sociales en línea en la vida diaria requiere de una formación dirigida a los usuarios, familiares y asistentes personales, también de un acompañamiento hasta su aprendizaje, especialmente si son personas poco familiarizadas con el uso de las tecnologías de información y comunicación. Cada persona tiene unas capacidades y un ritmo de aprendizaje distinto, este acompañamiento también debería hacerse a la medida del usuario por los proveedores del servicio.

Además, debe tenerse en cuenta que algunos de los usuarios requerirán utilizar sistemas de comunicación aumentativa y alternativaⁱ para interactuar con el personal que presta el servicio. Por ejemplo, la tecnología asociada a los servicios de teleasistencia debe posibilitar diversas modalidades de comunicación, no restringidas únicamente a la emisión-recepción de mensajes hablados tal y como lo recoge el *Acuerdo de 19 de octubre de 2017 del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre determinación del contenido del servicio de teleasistencia básica y avanzada y la Norma UNE 158401:2019: Servicios para la promoción de la autonomía personal. Gestión del servicio de teleasistencia*. Requisitos. Actualmente la Asociación Española de Normalización (UNE) está trabajando en la elaboración de una normativa española sobre Teleconsulta, junto a otros agentes claves, entre ellos el Ceapat.

Por todo lo expuesto anteriormente, entendemos que pasar del modelo institucional al modelo de atención domiciliaria requiere, no sólo la aplicación de los criterios de accesibilidad universal y diseño para todos en los entornos, productos y servicios, sino también la coordinación de todas las entidades públicas y privadas implicadas. Pero sobre todo, requiere un cambio de mentalidad de

los profesionales que prestamos estos servicios, para dar prioridad a las preferencias, necesidades y decisiones de las personas.

9.3. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS FARMACÉUTICOS: EL PAPEL DE LA TECNOLOGÍA Y DE LA FARMACIA EN LA DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS EN LA ATENCIÓN DOMICILIARIA

En el informe HomeCare que se describe en el documento, no se entra de manera expresa en el ámbito del medicamento, si bien se pueden aplicar en el mismo muchas de las consideraciones generales que se describen en el uso de las Nuevas Tecnologías. Por ello, nos ha parecido importante contemplar una serie de matizaciones, que brevemente justificamos.

La tecnología domiciliaria tiene unas particularidades muy concretas, en el ámbito del medicamento y en el de los diferentes servicios que los farmacéuticos realizan para asegurar su utilización correcta y de manera efectiva por los pacientes que se encuentran en sus propios domicilios y a los cuales atendemos.

Compartimos el hecho de que, dadas las circunstancias sanitarias y sociales de las personas con necesidades complejas, la atención domiciliaria aporta valor y beneficio y en este ámbito, las soluciones tecnológicas son una oportunidad para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

En el ámbito de la dispensación de medicamentos se debe tener en cuenta sus peculiaridades y además, la extensa red de las farmacias comunitarias que también se están preparando para la atención domiciliaria. Lo hacen considerando que el paciente es el eje central y, por tanto, en materia de medicamentos se garantiza la calidad asistencial, desde un marco riguroso en cuanto al cumplimiento de las exigencias de seguridad y eficacia de los medicamentos. También se refuerza dicha seguridad a través de la cadena de suministro de medicamentos y de la dispensación final bajo responsabilidad de un farmacéutico. En la práctica farmacéutica a distancia se tienen que mantener los mismos principios y en el Servicio de Dispensación es donde hay que extremar todas las garantías.

La dispensación de medicamentos implica asesoramiento farmacéutico y entrega. Esta última, es una parte esencial del Servicio de Dispensación,

pero no la única actuación puesto que siempre debe estar complementada con la información proporcionada por el farmacéutico para asegurar el uso racional del medicamento.

En este sentido, el Servicio de Dispensación es un acto complejo y nunca meramente mecánico, en el que el farmacéutico debe tener como objetivo entregar el medicamento y/o el producto sanitario en condiciones óptimas y de acuerdo con la normativa legal vigente, con la necesidad de proteger al paciente frente a la posible aparición de problemas relacionados con los medicamentos. La entrega del medicamento debe ir acompañada de una interlocución entre el destinatario del medicamento y el farmacéutico, para que este último pueda recabar la información suficiente sobre el contexto de dicha dispensación y facilitar la actuación profesional e información sanitaria que precise esa concreta situación.

El medicamento no queda al margen de las posibilidades y ventajas que abren las nuevas tecnologías para el desarrollo de la Atención Farmacéutica, mejoras en calidad y uso racional de los medicamentos, acceso a la historia clínica, incluida la farmacoterapéutica, prescripción y dispensación mediante receta electrónica y seguimiento de la adherencia al tratamiento prescrito. Todas ellas actuaciones incluidas en el concepto genérico de desarrollo de la Telefarmacia.

La provisión de Telefarmacia abarca diversas actividades que facilitan el desarrollo a distancia de los diferentes SPFA (servicios profesionales farmacéuticos asistenciales). Sin embargo, en el caso del Servicio de Dispensación, la Telefarmacia no puede considerarse únicamente como una prestación de servicios de salud, puesto que su desarrollo a través de medios tecnológicos, está vinculado de manera directa y sin posibilidad de desvinculación, a la entrega del medicamento por el farmacéutico.

Esto es realmente importante, pues de lo contrario, se banalizaría el concepto asistencial de la entrega informada del medicamento al paciente, como es su dispensación por el farmacéutico legalmente autorizado.

Del mismo modo, no debe confundirse con el envío a domicilio de medicamentos. Conceptualmente, la Telefarmacia en el ámbito del Servicio de Dispensación, tiene que englobar la entrega y el asesoramiento que únicamente debe ser

desarrollado por el farmacéutico que lleva a cabo la dispensación del tratamiento.

Por su cercanía y accesibilidad, el vínculo directo que se establece entre el farmacéutico comunitario y el paciente no implica problemas a la hora de asegurar a este último el desarrollo de SPFA, particularmente la entrega directa por dicho profesional en el desarrollo del Servicio de Dispensación.

En el ámbito de los servicios de farmacia hospitalaria, se están explorando otras actuaciones que eviten promover sistemas de envío domiciliario por prestadores de servicio no farmacéuticos, para reforzar la continuidad asistencial del paciente, a través de la dispensación colaborativa con la participación de la farmacia comunitaria. De esta manera, el medicamento siempre permanecería dentro del canal farmacéutico, con las ventajas de seguridad que ello conlleva.

La Telefarmacia se debe entender en el ámbito de la Farmacia, por la mejora que aporta en el desarrollo de SPFA, en la terapia prescrita al paciente, ya sea en el entorno de la asistencia especializada o de la atención primaria y que le permite al farmacéutico hospitalario y al comunitario el desarrollo de actuaciones profesionales para la mejora de la adherencia del tratamiento prescrito y la realización de un seguimiento que impida la aparición de efectos indeseados. También puede asesorar al paciente y al cuidador, en el caso de consultas que le puedan realizar.

Es una herramienta eficiente en el proceso de comunicación del farmacéutico con los correspondientes prescriptores del tratamiento, de ahí la necesidad de que los sistemas de prescripción entre la atención primaria y la atención hospitalaria estén debidamente integrados. Con ello, los médicos especialistas y de atención primaria y los farmacéuticos comunitarios y de los servicios de farmacia hospitalaria estarían adecuadamente coordinados.

También posibilita la formación y la información adecuada a los diferentes perfiles de pacientes. En definitiva, la difusión del conocimiento profesionalizado y veraz, lo que asegurará que los pacientes utilicen los medicamentos de la manera más adecuada posible y facilitando el seguimiento de la adherencia de los tratamientos.

En el Servicio de Dispensación, la entrega informada a distancia de medicamentos no puede considerarse

exclusivamente como un proceso de mejora de la gestión de la asistencia farmacéutica o de un procedimiento telemático a implantar, por tratarse de un Servicio que solo debe prestarse con el consentimiento expreso del paciente, por la imposibilidad de acudir al servicio de farmacia del hospital o a la farmacia comunitaria a recoger el medicamento o cuando no resulte sanitariamente conveniente que lo haga.

Esta es la visión que se debe tener en el ámbito del medicamento con respecto al uso de la tecnología domiciliaria para el apoyo de la atención social y sanitaria.



Imagen cedida por Fresenius Kabi

CAPÍTULO 10.

ANEXOS

10.1. CUESTIONARIO UTILIZADO PARA EL ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA POR COMUNIDAD AUTÓNOMA

PROYECTO HOMECARE

“Modelo de futuro: tecnología domiciliaria para el apoyo de la atención social y sanitaria”

En este proyecto, impulsado por **Fundación Tecnología y Salud** y **Fundación Edad&Vida**, pretendemos desarrollar una estrategia dirigida a sensibilizar y concienciar a los agentes del ámbito sanitario, a otros agentes sociales y a la sociedad sobre la importancia de la tecnología sanitaria para el apoyo de la atención social y sanitaria y poner de manifiesto el valor y los beneficios que aporta en el ámbito domiciliario.

El objetivo es la elaboración de un Plan que ponga de manifiesto la importancia de la atención domiciliaria y que plantee soluciones que mejoren el acceso y conocimiento acerca de las tecnologías vinculadas a este ámbito incidiendo en el control, bienestar y la mejora de la calidad de vida de los pacientes. Con dicho Plan se pretende, por tanto, analizar la situación actual, conocer las necesidades y plantear recomendaciones para su mejor abordaje.

Solicitamos su colaboración y participación para responder esta **Entrevista sobre el “Análisis de la situación de la Atención Domiciliaria por CCAA”**. Sería para nosotros de gran valor contar con su participación y colaboración en esta iniciativa que nos ayudará a conocer con más detalle cual es la situación real de este tipo de atención así como las diferentes previsiones de futuro.

Con la información recogida de todas las CCAA se elaborará un informe con los principales resultados y conclusiones extraídas y que nos permitan hacernos obtener una imagen actualizada de la situación actual y de los planes de futuro relacionadas con la atención domiciliaria en su comunidad autónoma y a nivel estatal.

Análisis de la situación actual de la Atención Domiciliaria

1. Estrategia o Plan de Atención Domiciliaria
 - 1.1. ¿Existe en su Comunidad Autónoma una Estrategia o Plan de Atención Domiciliaria?
 - 1.2. ¿Tiene alcance sanitario, social o sociosanitario?
 - 1.3. En caso de no contar con un plan o estrategia específica de atención domiciliaria, ¿qué estrategias o planes se destacan en su comunidad como especialmente relevantes para la promoción e impulso de la atención domiciliaria?
 - 1.4. ¿Cuál es la cartera de servicios de atención domiciliaria? ¿Qué servicios de la cartera del SNS se prestan en modalidad domiciliaria?
2. Estructura de la Atención Domiciliaria en su CCAA
 - 2.1. ¿Cómo se estructura la Atención domiciliaria sanitaria en su CCAA? Especialmente a nivel clínico, organizativo y operativo. Implicados, organigrama, papel de los diferentes implicados
3. Desarrollo y funciones por niveles asistenciales
 - 3.1. ¿Cuál es el grado de desarrollo actual y funciones de la atención domiciliaria en los diferentes niveles asistenciales?
 - 3.2. ¿Cuál es papel en la atención primaria?
 - 3.3. ¿Cuál es el papel en la atención hospitalaria? ¿Hay desarrollados unidades de hospitalización a domicilio? Si es así, ¿de quién depende?
 - 3.4. ¿Cuál es el papel en la atención especializada? ¿Se contempla la atención domiciliaria para la atención de las diferentes especialidades (por ejemplo, videoconsultas, tratamientos/pruebas en el domicilio)?
 - 3.5. ¿Cuál es su papel en niveles intermedios o entornos residenciales en los que se presta atención domiciliaria (centros para personas en situación de dependencia)?
4. Análisis de instrumento de planificación operativa
 - 4.1. ¿Cuál es el coste-eficiencia de la Atención Domiciliaria? ¿Qué estudios lo sustentan? ¿Qué opinan de ello?
 - 4.2. ¿Se cuenta con instrumentos como objetivos territoriales de atención domiciliaria?
 - 4.3. ¿Disponen de indicadores específicos de

número de usuarios y de cobertura específicos de atención domiciliaria (atención primaria, hospitalización a domicilio)?

5. En la atención a la cronicidad en entorno domiciliario se ha puesto de manifiesto la necesidad de revisar el **papel de los pacientes, o de sus cuidadores en caso de que estén en situación de dependencia, hacia un rol más empoderado y con mayor responsabilidad hacia el autocuidado**. Para analizar el avance en este cambio de rol en los pacientes nos gustaría conocer el nivel de madurez de algunos servicios especialmente relevantes:

- 5.1. ¿Los pacientes/cuidadores pueden acceder a su historia de salud de atención primaria y especializada?
- 5.2. ¿Los pacientes/cuidadores pueden aportar información a su historia de salud (informes o documentos, autovaloraciones y formularios, información estructurada, información desde dispositivos)?
- 5.3. ¿Los pacientes/cuidadores disponen de canales de atención no presencial (telefónico, teleconsulta, etc.)?
- 5.4. ¿Existe la comunicación profesional – paciente/cuidador mediante mensajería o videoconsulta? ¿En todos los niveles asistenciales?
- 5.5. ¿Los pacientes/cuidadores cuentan con un servicio donde pueden acceder a educación en salud personalizada?
- 5.6. ¿Los pacientes crónicos/cuidadores cuentan con un plan asistencial integral compartido en distintos niveles asistenciales que se pueda actualizar en el tiempo? ¿Participan los servicios sociales en este plan integral?
- 5.7. ¿Existe algún servicio de la cartera que incorpore protocolos de atención no presencial a pacientes domiciliarios/cuidadores (incluyendo seguimientos telefónicos)?
- 5.8. ¿Existe algún servicio de la cartera que incorpore, como actividad de atención no presencial, la monitorización de pacientes/cuidadores a domicilio (captura de datos, sensores biométricos, análisis de síntomas, proms, multicanal, asistencia virtual, contact center)?
- 5.9. ¿Este servicio está garantizado como prestación sanitaria?
- 5.10. ¿Existen planes de seguridad del paciente? ¿Cómo se contempla la vigilancia y promoción de este aspecto?

6. Barreras y limitaciones

- 6.1. ¿Cuáles son las barreras y limitaciones, así como las dificultades encontradas en el desarrollo de la atención domiciliaria (por motivos regulatorios – cartera – financieros – modelos de pago, capacidad de inversión, organizacionales – modelos de provisión, infraestructuras disponibles – herramientas tecnológicas-, aceptación de los implicados tanto profesionales como pacientes, políticos – priorización - etc.)?

7. El impulso de la atención domiciliaria requiere contar con **marcos de colaboración** que trascienden el equipo, servicio, organización, sistema. Nos gustaría conocer el grado de **colaboración y dificultades encontradas** en el desarrollo de la atención domiciliaria con:

- 7.1. Otras entidades públicas (diferentes consejerías, diferentes direcciones generales, diferentes CCAA)
- 7.2. Otras entidades privadas.

8. Inversión en innovación, digitalización e incorporación de tecnología innovadora

- 8.1. ¿Cuál es el grado de inversión y obsolescencia de equipos en su comunidad autónoma en materia de innovación, digitalización e incorporación de tecnología innovadora?
- 8.2. ¿Quién es el responsable de las compras y de los presupuestos?
- 8.3. ¿Se contempla la contratación y/o compra pública en este sentido? Si es así, ¿qué modelo de compra (contratos, servicios públicos, concursos, etc.)?

9. Futuro de la atención domiciliaria

- 9.1. ¿Hacia dónde va la atención domiciliaria en su comunidad autónoma? ¿Hay planes específicos para los próximos años?
- 9.2. ¿Qué inversión tiene prevista la CCAA en materia de atención domiciliaria con los fondos europeos del Plan de Recuperación?
- 9.3. ¿Cuáles son los desarrollos futuros previstos y en qué áreas?
- 9.4. ¿Cómo se contemplan la cooperación público-privada en la atención domiciliaria en su comunidad?
- 9.5. ¿Cómo se contempla, a futuro, el desarrollo de la hospitalización a domicilio? Grado de desarrollo actual y planes futuros.

10. Finalmente, querríamos conocer algunos ejemplos de buenas prácticas sobre la atención domiciliaria. Estos pueden tener diferentes niveles de desarrollo y alcance (desde programas concretos de un hospital a experiencias más amplias en zona sanitaria, provincia o comunitaria)

10.2. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA POR CCAA

Andalucía

El gobierno de Andalucía con este **IV Programa de Salud**⁵ apuesta por una mejora de la salud de la población andaluza trabajando sobre los determinantes y las condiciones de vida que más les afectan, a través de la **implicación de todas sus políticas**. Este compromiso es amplio y se traduce en seis metas concretas con idea de facilitar la rendición de cuentas a la ciudadanía y a sus representantes legítimos

- Aumentar la esperanza de vida en buena salud.
- Proteger y Promover la salud de las personas ante los efectos del cambio climático, la sostenibilidad, la globalización y los riesgos emergentes de origen ambiental y alimentario.
- Generar y desarrollar los activos de salud de nuestra comunidad y ponerlos a disposición de la sociedad andaluza.
- Reducir las desigualdades sociales en salud.
- Situar el Sistema Sanitario Público de Andalucía al servicio de la ciudadanía con el liderazgo de los y las profesionales, potenciando el espacio compartido de la gestión clínica.
- **Fomentar la gestión del conocimiento e incorporación de tecnologías con criterios de sostenibilidad para mejorar la salud de la población.**

Precisamente en este último punto sobre la gestión del conocimiento e incorporación de tecnología, los intereses de la ciudadanía serán los que marquen las líneas de investigación para la incorporación de las nuevas tecnologías en relación con medicamentos y productos sanitarios. Se propone también la **creación de una estrategia andaluza del conocimiento** en la que estarán implicadas las universidades, el sector empresarial y el sistema sanitario para trabajar en nuevos servicios y procedimientos.

El IV Plan Andaluz de Salud hace mención a **la atención domiciliaria y a la atención a la**

dependencia. Se hace necesario una adecuación en las formas de organización y gestión de cara al futuro de la atención a la cronicidad. Sin embargo, no se incluyen propósitos en relación con la atención domiciliaria en sus compromisos, metas y objetivos.

Respecto a la cronificación de patologías y la evolución de la oncología, con una previsión de mayor prevalencia por el envejecimiento de la población, se plantea no solo nuevas formas de gestión sino también el redimensionamiento al alza de la dotación tecnológica ligada a procedimientos diagnósticos, terapias, exploraciones complementarias de seguimiento clínico, potenciando los cuidados de enfermería y atención sociosanitaria a domicilio o en otros establecimientos.

En el Plan PiCuida “Estrategia de Cuidados de Andalucía. Nuevos Retos en el Cuidado de la Ciudadanía”³⁷, recoge los **resultados/efectos del desarrollo de la implantación de un modelo de gestión de casos para la atención domiciliaria** de personas en situación de fragilidad-vulnerabilidad con alta complejidad de respuesta, liderados por Enfermeras en el SSPA y estos son:

- Mejora la autonomía en los pacientes “inmovilizados” tanto en AP y el “Altas Hospitalarias”
- Mejora la activación de proveedores de servicios
- Disminuye sobrecarga de la persona cuidadora
- Mejora el índice de la institucionalización en pacientes geriátricos
- Mejora el manejo del régimen terapéutico del paciente y cuidadoras
- Disminuye el número de reingresos y hospitalizaciones
- Permite detectar desviaciones en los procesos asistenciales
- Mejora la continuidad de los cuidados
- Mejora la accesibilidad a los servicios y recursos de personas en situación de fragilidad
- Favorece el trabajo coordinado de equipos asistenciales

El SSPA apuesta por un modelo de excelencia de cuidados basados en resultados, evidencias, en innovación, en el trabajo en red centrado en dar respuesta a las necesidades de la ciudadanía. Cuidados que **potencien la promoción de la salud y la prevención, el abordaje integral de la cronicidad, el autocuidado por parte del paciente, la atención en el domicilio de personas con alta complejidad, la participación de la comunidad y el uso de las**

nuevas tecnologías desde un trabajo multidisciplinar en el que además se puedan incorporar nuevos roles profesionales para mejorar la calidad y sostenibilidad del sistema.

Según el **Análisis comparado de los modelos de atención domiciliaria sanitarios y sociales del Sistema Nacional de Salud y del Sistema de Atención a la Dependencia realizado por la Fundació Unió Catalana d' Hospitals²⁸ el SSPA también prevé otros programas de atención domiciliaria, como el de Ayudas técnicas y distribución de material ortoprotésico de apoyo al cuidado en el domicilio, mediante el cual, y a través del Catálogo General de Ortoprotésicos de Andalucía se acercan estas ayudas a domicilio de las personas en situación de dependencia, mejorando la rapidez y la calidad de la prestación. Otros programas previstos son los de fisioterapia y rehabilitación a domicilio, **servicio de teleasistencia domiciliaria, servicios de ayudas a domicilio** y el de prestaciones económicas mensuales.**

Dentro del Plan estratégico de subvenciones 2020-2022 se establece una línea de subvenciones que promueva los procesos de innovación y tecnologías de la información y la comunicación aplicada a la salud teniendo como objetivo la automatización del seguimiento de pacientes en domicilio y facilitar así su calidad de vida, utilizando los instrumentos que aportan las TIC.

Por último, es importante resaltar **La Estrategia de Investigación e innovación en Salud**, enfocada en el Horizonte Europa 2027 que pretende ser el elemento guía que oriente y ordene el **desarrollo y generación del conocimiento biomédico y sanitario dentro del SSPA**. Esta estrategia tratará de dar respuesta a los retos que acontezcan en salud como la enfermedad por SARS CoV-2 (COVID-19). Tenemos que resaltar algunas de sus líneas maestras como la de **posicionar la Investigación e Innovación de Andalucía a nivel nacional e internacional y la de potenciar la I+i en genómica, terapias avanzadas y enfermedades raras junto al desarrollo de la medicina móvil, macrodatos ('big data') e inteligencia artificial con el objetivo de avanzar en la medicina personalizada.**

Aragón

El Plan de Salud de Aragón 2030³³ recoge ya en su marco conceptual la intención de "dar más peso a las medidas comunitarias y atender a las personas de manera diferente". Especialmente para los colectivos

de interés entre los que destacan, por su especial relevancia, a las personas mayores y a personas con enfermedades crónicas.

Así, una de las áreas prioritarias de actuación es la "salud en todas las etapas de la vida" en el que se reconoce que "el envejecimiento de la población está provocando importantes cambios sociales y económicos de tal manera que conseguir años de vida libres de discapacidad es uno de los mayores retos. El concepto de fragilidad cobra gran trascendencia, porque a diferencia de las actuaciones anteriores no supone trabajar con la enfermedad sino con conservar la función mientras se envejece. Para reducir la fragilidad una vez cribada hay que actuar sobre su principal factor de riesgo que es la inactividad."

Otras de las áreas prioritarias es la "orientación del sistema sanitaria hacia las personas" en el que se establece que "el Servicio Aragonés de Salud debe ofrecer más cuidados y menos asistencia. Hay que crecer en atención primaria, especialmente en servicios de atención comunitaria, educación para la salud y atención domiciliaria". Además, reconoce que se necesita "una atención domiciliaria más dinámica y proactiva, para garantizar que las personas con enfermedades crónicas avanzadas y sus familias, están bien cuidadas y asesoradas y pueden disfrutar de permanecer en su entorno habitual, el mayor tiempo posible. Para ello es importante una respuesta eficaz del sistema ante las descompensaciones y situaciones urgentes, coordinada por el equipo de atención primaria". Para ello, se cuenta con un indicador de evaluación que consiste en analizar la "cobertura de cuidados domiciliarios (365 días X 24 horas) en pacientes con enfermedades crónicas avanzadas".

Además, otro de los objetivos de esta área consiste en "impulsar la coordinación sanitaria y social para optimizar la respuesta a las necesidades de pacientes y cuidadores". Así, reconocen la necesidad de "incrementar la coordinación y la comunicación a nivel local entre todos los profesionales que intervienen en la atención a pacientes y cuidadores".

Finalmente, en el Plan, también se hace mención al final de la vida y los cuidados paliativos. Para ello, se establece como objetivo "garantizar un buen morir procurando un entorno adecuado y potenciando la atención en el domicilio al final de la vida" y se contempla, como actuación, "fomentar la formación continuada de profesionales sociales y sanitarios sobre el final de la vida y la ayuda al bien morir de las

personas, especialmente en los puestos de trabajo con mayor contacto con ellas, promoviendo la cultura del final de la vida en el domicilio”.

Por otro lado, tal y como se recoge en Fusté, Cànovas, Oliete y Fuertes²⁸, existen en Aragón dos programas específicos de atención a la cronicidad.

El primero de ellos, el proceso de atención a los pacientes crónicos complejos¹⁶ tiene por objetivo “prestar una asistencia sanitaria integral, efectiva y segura en función de las necesidades de los pacientes y expectativas de salud, aunque manteniendo el mayor grado posible de autonomía personal y de integración en su entorno y sociedad”.

El segundo, el Programa de atención a enfermos crónicos dependientes³¹, incluye todos los cuidados de enfermería, rehabilitación, terapia ocupacional y actividades preventivas que se prestan desde la atención primaria.

De manera adicional, se hizo una entrevista con José María Abad, Director General de Asistencia Sanitaria del Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón, en la que se pudo matizar y complementar esta información.

Así, se concretó que la atención domiciliaria se presta a través de la red de atención primaria en la que existen unos equipos específicos para ello. Además, existen servicios y protocolos dirigidos a la atención domiciliaria de personas en situación de dependencia, encamados, de valoración de la adaptación de los domicilios, etc. Por otro lado, existen unos equipos de atención paliativa a domicilio específicos para adultos y para niños.

Por otro lado, se informa de dos objetivos para la actual legislatura que tienen que ver con la atención domiciliaria. Por un lado, existe la intención de revisar y actualizar la estrategia de cuidados paliativos ya que la actual es de 2011. Por otro lado, se tiene el compromiso de redefinir y mejorar la hospitalización a domicilio. Actualmente, no existe una red completa para toda la comunidad y el objetivo es extenderla a toda ella y definir y aclarar las funciones, el perfil de pacientes y la relación con otros servicios y niveles asistenciales.

En este sentido, al hablar de innovaciones tecnológicas a incorporar, se está trabajando en la coordinación con telemedicina y servicios de atención domiciliaria sociales. El objetivo es definir

mejor el papel de la tecnología y la teleasistencia en la coordinación con servicios sociales y toda la red comunitaria. Se espera tener resultados en 2 o 3 años.

También, durante la pandemia, se ha comenzado a hacer videoconsulta de atención primaria con centros residenciales para personas mayores y existe la intención de aplicarlo en personas que viven en su domicilio. Además, hay servicios de interconsulta digital entre primaria con la atención especializada. Especialmente en casos en los que el paciente no puede desplazarse, o tiene muchas dificultades, a la consulta especializada.

Al hablar sobre barreras, limitaciones y dificultades en la prestación de una atención domiciliaria social y sanitaria de manera integrada se identifica, en primer lugar, la dificultad inherente a la coordinación y establecimiento de marcos de colaboración la fragmentación de las responsabilidades de los cuidados del ámbito social en el que participan directamente los municipios. También, se identifican barreras debidas a las diferentes culturas previas y la forma de prestación de servicios que añaden complejidad a esta colaboración. No obstante, existen convenios de colaboración entre el Departamento de Salud y el Departamento de Ciudadanía y Derechos Sociales como por ejemplo para la prestación de asistencia sanitaria en los centros residenciales de personas mayores.

De la misma forma, se identifica que la barrera clásica es la brecha digital y tecnológica de las personas mayores para la utilización de las TICs en su proceso de asistencia. Además, en Aragón, en muchas zonas del territorio existe un problema de acceso y conexión a datos. En este sentido, la industria no siempre es sensible a las necesidades derivadas de la falta de una buena red de datos. También, en los propios profesionales sanitarios hay barreras culturales ya que muchos de ellos están incómodos en la relación con el paciente utilizando las TICs. Por otro lado, los pacientes y responsables locales en algunos municipios pueden pensar que esta forma de asistencia es de “segundo nivel”. Aunque, la asistencia es la misma y dependería más del tipo de actuación que necesite realizar el profesional con el paciente que del medio que se utiliza para llevarla a cabo. En cuanto a la integración de datos del ámbito social y sanitario existe una dificultad inherente al tipo de información que se genera en una historia clínica ya que, en muchos casos, falta una estandarización de la información de acuerdo a las clasificaciones que se utilizan para ello. En cuanto a la integración con los datos sociales existen

dificultades derivados de la privacidad y seguridad de los datos, de los servicios a los que pertenecen los profesionales, etc. Esto hace que se tenga que hacer una clasificación de qué información se comparte y cuál debe estar especialmente protegida. Existe el convencimiento de que es necesario avanzar en esta integración pero va a costar.

Otro de los temas sobre los que se habló en la entrevista fue la implicación de los pacientes y de los cuidadores en sus propios cuidados y en su empoderamiento. En este sentido, existen proyectos de innovadores de integración de tecnología en el que la persona usuaria tiene que tener un papel activo en el aporte de información. Son proyectos que implican la telemonitorización de constantes que permitan establecer señales de alarma si el usuario usa correctamente las soluciones tecnológicas. Otro proyecto va enfocado a la telerehabilitación con ejercicios dirigidos que permitiría una monitorización del estado del paciente y del cumplimiento de las pautas establecidas. Además, se reconoce que desde el departamento de Salud se está en un momento de investigación y exploración del mercado para obtener productos o tecnología sanitaria con eficiencia real demostrada.

Al hablar sobre la colaboración público-privada en la prestación de servicios, se entiende como una necesidad aunque, a veces, sea un propio reto y corre el riesgo de desdibujarse al tener que establecer marcos claros de colaboración que precisen de un contrato y pliegos técnicos en los que se detalla la actividad y las responsabilidades de cada parte. Se reconoce, igualmente, que la colaboración con entidades privadas no es tan flexible como con las públicas.

Para finalizar la entrevista se trató el tema de la evaluación de la calidad de las políticas e identificación de buenas prácticas. En este sentido, existe, en el servicio de salud de Aragón, el Instituto de Ciencias de la Salud que evalúa proyectos e iniciativas para identificar buenas prácticas que luego se difunden al resto de la población. No obstante, se sugiere la necesidad de contar con una agencia de valoración de políticas públicas a nivel estatal que permita valorar e identificar buenas prácticas en los diferentes territorios y compartirlas a nivel estatal.

Principado de Asturias

El Plan de Salud del Principado de Asturias 2019-2030⁴⁹, al hacer referencia a “la salud en todas las etapas de la vida”, se contempla como objetivo “el

envejecimiento saludable con la máxima autonomía y participación, dentro del entorno particular de cada persona, buscando dar más vida a los años. Esto supone poner especial atención a situaciones de vulnerabilidad, aislamiento, soledad, atención sanitaria cercana, si es preciso domiciliaria, y recursos sociales pero también comunitarios y de empoderamiento del propio paciente. En este sentido ya se está trabajando en la estrategia de envejecimiento activo (ESTRENA) de la Consejería de Bienestar Social o en el Programa Paciente Activo de la Consejería de Sanidad, así como desde la Red de Centros de Atención Primaria de Salud, aunque según los análisis realizados se debe incidir aún más en ello para dar respuesta a una sociedad tan envejecida como la asturiana.”

En este sentido, la mencionada Estrategia de envejecimiento activo (ESTRENA)²², tal y como recogen Fusté, Cànovas, Oliete y Fuertes²⁸, aboga por la “mejora del servicio de ayuda a domicilio, favoreciendo la permanencia en el hogar el mayor tiempo posible y en las mejores condiciones”. Para intentar alcanzar este objetivo, se detallan una serie de medidas como la mejora del servicio de ayuda a domicilio (que puede ser igualmente utilizada para el apoyo y vigilancia de la salud de cuidador) y el refuerzo del servicio de teleasistencia, una especial atención y vigilancia a personas que viven solas y mejoras en la habitabilidad de los domicilios de las personas mayores.

De nuevo en el Plan de Salud del Principado de Asturias, al hacer mención de la “calidad en el sistema sanitario”, se hace referencia y se apuesta por “la atención domiciliaria, los cuidados paliativos coordinados desde Atención Primaria con todos los servicios que pueden intervenir; la mejora de la coordinación sociosanitaria en este y otros aspectos como la fragilidad, el envejecimiento, la atención a la cronicidad y las medidas de autocuidado, o la alimentación y actividad física en prevención o rehabilitación”.

Por otro lado, se establece como una de las líneas estratégicas “garantizar un adecuado espacio sociosanitario público”. Para ellos, se establece que se debe “reorientar el sistema sanitario hacia la promoción de la salud, la coordinación sociosanitaria y la atención comunitaria, fomentando la colaboración entre la ciudadanía y sistema sanitario para trabajar conjuntamente en el aumento del bienestar de la población y el uso adecuado de los recursos”. Además, se hace énfasis en la necesidad de “potenciar la orientación comunitaria [...] para un nuevo enfoque de la atención primaria: en la

consulta/domicilio, en intervenciones grupales y facilitando la participación y la conexión de los equipos con las acciones comunitarias que se desarrollando en los territorios.”

Igualmente, se apuesta por la reorganización de “los recursos y tecnologías del sistema sanitario para garantizar la equidad, la continuidad de la atención y la eficiencia, con implicación del mayor número posible de profesionales, dando cumplimiento a estrategias y programas de salud” y “avanzar en aquellos procesos que favorecen los cuidados desde el ámbito comunitario, reservando el ámbito hospitalario para procesos singulares y de alta complejidad”.

Finalmente, otra línea de acción contemplada es el “desarrollo de la atención domicilia con atención primaria como eje coordinador” que incluye “promover sinergias desde atención primaria en la atención domiciliaria, mediante la actuación coordinada entre profesionales, especialmente de medicina, enfermería y trabajo social (sanitario o municipal) y estudiando incorporación de tratamientos de fisioterapia y odontología en domicilio en procesos concretos, incrementando los recursos según necesidades asistenciales.”

Islas Baleares

Tal y como recogen Fusté, Cànovas, Oliete y Fuertes²⁸ en el Pla estratègic de la Conselleria de Salut de les Illes Balears 2016-2020⁶⁸ se contempla, como estrategia para el abordaje de la cronicidad y la prevención desde atención primaria, la potenciación de los programas de atención domiciliaria y el aumento de recursos (productos y servicios sanitarios) en el domicilio. Así, se hace una referencia explícita a la necesidad de establecer marcos de colaboración entre los diferentes niveles asistenciales y con los servicios sociales para acercarlos al domicilio de la persona atendida.

Más en detalle, en la atención primaria se contempla la necesidad de que los profesionales conozcan los determinantes sociales de salud de la persona presentes o consecuencia del entorno en el que vive la persona y establece dicho domicilio como un ámbito más en la atención.

En este sentido, se hace referencia a un programa específico de atención domiciliaria² que se generó específicamente para el tratamiento y asistencia de personas mayores, el aumento de la fragilidad derivado del envejecimiento de la población y para las personas con algún tipo de enfermedad crónica.

Se establece que, para estas personas, la atención domiciliaria, además de ser el lugar en el que implementar intervenciones de promoción de salud, puede paliar la limitación de recursos orientados a la atención de la dependencia y promoción de la autonomía de las personas.

Resulta curioso, tal y como destacan los autores de esta revisión²⁸ que el Pla Estratègic de Serveis Socials 2017 – 2021¹⁵ no haga ninguna referencia a la atención domiciliaria.

Canarias

Actualmente La Consejería de Sanidad del gobierno de Canarias está trabajando en el borrador el Plan de Salud 2019-2024, **herramienta estratégica de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias para ejecutar las políticas sanitarias durante los próximos años.**

Durante estos años el Sistema Canario de Salud (SCS) ha trabajado con la hoja de ruta del Plan de Salud anterior que está sirviendo de base para la elaboración del próximo Plan de Salud, que tendrá una duración de 6 años y establecerá medidas para que la planificación y gestión vayan de la mano con evaluaciones constantes de los indicadores, no existentes en el actual Plan de Salud aprobado en 2016⁴⁸.

Como medidas relativas al ámbito de la Atención Domiciliaria, el Plan de Salud de Canarias 2016-2017 pone su foco de atención, en su ámbito de intervención II, en el paciente, en la atención a las enfermedades crónicas y la integración de los servicios. El **objetivo estratégico** que acompaña a esta intervención tiene que ver con **orientar el sistema a las necesidades del paciente**, fomentando la participación activa de los profesionales de salud que han de trabajar en el equilibrio poblacional del sistema, sin perder de vista la dispersión territorial de la población.

El **objetivo de este ámbito** de intervención es **mejorar la integración asistencial** buscando un balance óptimo entre las áreas, primaria, especializada, socio-sanitaria, salud pública, salud laboral y salud mental, haciendo especial hincapié en las enfermedades prevalentes, el ámbito materno-infantil, y realizando actuaciones en función de las desigualdades e inequidades de género y condiciones socio económicas.

Líneas de actuación:

- Mejorar el **Modelo de Gestión de Enfermedades Crónicas** (MGEC) y de alta prevalencia.
- **Desarrollar equipos coordinados y multidisciplinares** que promuevan una integración entre los diferentes niveles asistenciales y los servicios de salud pública.
- **Trabajar en la optimización de la eficiencia y calidad de los servicios sanitarios públicos**, trabajando en el análisis coste-efectividad a través de metodología, evidencia científica, y modelos de gestión basados en la calidad normalizada.
- **Evaluación de protocolos y programas sanitarios** de las patologías más relevantes
- Adecuar la oferta sanitaria y socio sanitaria **al nuevo perfil asistencial derivado del envejecimiento, de las patologías crónicas, mentales y de las degenerativas**. Para ello, será necesaria una respuesta coordinada entre los ámbitos e instituciones responsables:
 - **Potenciando la atención domiciliaria integrada.**
 - Contemplando las **terapias no farmacológicas** dentro de los servicios del Sistema para la autonomía, la Atención a la Dependencia (Cartera de Servicios) y la atención al final de la vida.
 - Segmentando la atención de las personas, **según grado de riesgo y de autonomía personal.**
 - Favoreciendo la realización de **actividades preventivas que mantengan la capacidad funcional de los pacientes, potenciando las actuaciones** que permitan mantener al **paciente en su domicilio o en su entorno habitual** con la mayor calidad de vida posible.
- Desarrollando un **Plan Integral de Urgencias Sanitarias** basado en la coordinación e integración de los recursos, servicios y dispositivos existentes, buscando siempre la calidad y eficiencia **incluyendo la atención en el ámbito domiciliario.**
- Desarrollando un **Plan de Salud Mental**, con la participación de todas las instituciones y actores sociales implicados, profesionales, sociedades científicas de usuarios y familiares de enfermos mentales y contando con la participación e implicación de otras instituciones públicas.
- Fomentando la **adherencia terapéutica** desarrollando acciones de formación a los profesionales y de información a **pacientes impulsando el uso de nuevas tecnologías.**
- Implantación de un **Plan Canario de Atención a la Diabetes.**

Modelo de Gestión de Enfermedades crónicas

Hay una mención especial en el Plan de Salud canario respecto al abordaje de la cronicidad. La necesidad de un nuevo modelo de gestión en este tipo de enfermedades pasa por la **reconfiguración del modelo de atención a pacientes**, cuyo enfoque desarrolle la integración asistencial más cerca de la realidad de los pacientes y de su relación con los servicios sociales y de salud, facilitándolo a través de las **nuevas tecnologías.**

En Canarias se están haciendo numerosos **programas y guías de práctica clínica que son claros ejemplos de integración de niveles asistenciales** incluyendo el desarrollo de un sistema de información que conecta la atención primaria con la hospitalaria. Este nuevo modelo de atención lidera las políticas en Suecia, Nueva Zelanda, Canadá, Inglaterra, Alemania... ya que cuando se gestionan estos componentes de forma integrada, se fortalecen los servicios extrahospitalarios y los recursos que actúan en la comunidad teniendo también un impacto muy positivo sobre la calidad en la atención.

También destacar dentro del Plan estratégico 2014 – 2018³², el incentivo de la atención domiciliaria, midiéndolo a través de dos indicadores:

- La prestación de la atención domiciliaria a mayores de riesgo

La realización de informes de continuidad sobre cuidados e ingreso en pacientes incluidos en el Servicio de Atención Domiciliaria.

Cantabria

El Plan de Salud de Cantabria 2014-2019³⁹ es un documento de planificación de gran trascendencia para la región que marca el cambio de la futura prestación sanitaria, comprometiendo al Gobierno de Cantabria en el cumplimiento de sus objetivos estratégicos, teniendo como finalidad la consolidación y el fortalecimiento del Sistema Público de Salud.

El nuevo Plan de Salud consta de dos partes bien definidas, una primera con el Diagnóstico de Salud de Cantabria, que ha posibilitado, a su vez, la identificación de las líneas estratégicas contenidas en el mismo; y una segunda parte, en la que dichas líneas estratégicas son desarrolladas, identificando un total de 382 objetivos y actividades a cumplir.

Las acciones contenidas en el Plan implican a todos los niveles asistenciales y requieren de la coordinación de todos los sistemas sanitarios y sociales públicos para avanzar y **mejorar en la prevención, el sistema de diagnóstico precoz, la atención sociosanitaria y la rehabilitación y la reintegración a la vida normal**. Todo ello para mejorar la calidad y la accesibilidad de los servicios de salud y acercarlos a los ciudadanos.

Dentro de las estrategias del Plan de Salud de Cantabria 2014–2019, **no se contempla la atención domiciliaria como una estrategia prioritaria, aunque en muchas de sus acciones sí lo hace como un ámbito fundamental en la atención a los problemas de salud**, priorizando en enfermedades crónicas y de atención sociosanitaria, enfermedades oncológicas, neurodegenerativas, entre otros.

Como acciones transversales en todas las enfermedades, respecto a la atención domiciliaria y la telemedicina se destacan:

- La importancia en el área de rehabilitación e inserción la necesidad de **augmentar la información y formación tanto del paciente como de su entorno familiar** sobre los cuidados necesarios a domicilio.
- La necesidad de establecer **sistema de coordinación** entre las distintas instituciones con competencias y recursos sociales y sanitarios para **organizar las prestaciones de apoyo a las personas con discapacidad residual y a sus cuidadores**.
- Establecer una **vía clínica entre la atención primaria y cuidados paliativos** para cuando el paciente que está en **seguimiento domiciliario precise ingreso**, teniendo camas adscritas a servicios establecidos previamente en determinados hospitales.
- Establecer **programas de actuación en el que participen tanto la atención primaria como la especializada** (rehabilitación, logopedia, nutrición, soporte respiratorio, apoyo paliativo domiciliario, etc.) además de **servicios sociales** a diferente nivel.
- Implantación de **sistemas que monitoricen** la adecuación del **tratamiento farmacológico**.
- Implantación progresiva de **dispositivos de oxigenoterapia y otras terapias respiratorias domiciliarias** que permitan la movilidad de este tipo de paciente y sus desplazamientos dentro y fuera de la Comunidad Autónoma de Cantabria.

Respecto a la atención psicogeriatrica, no hay un programa que garantice la atención integral a este grupo de población. La distribución sociodemográfica de Cantabria, con una población mayor de 65 años en zonas de interior, aconseja establecer programas comunitarios de atención domiciliaria para permitir a personas con dificultades de movilidad, poder acceder a los servicios de salud mental.

Igualmente, en los programas de atención comunitaria, se centra en residencias de mayores, con una atención directa a residentes que lo precisen, facilitando que el personal sanitario de la residencia asuma los casos menos complejos.

- Para evitar la exclusión de pacientes con problemas de movilidad o impedimento físico se quieren crear **dispositivos de atención domiciliaria desde las Unidades de Salud Mental**. Estos dispositivos también **facilitarán la atención a pacientes en residencias de mayores a través de un programa de psiquiatría** que haga de enlace para la atención de residentes que lo precisen por su nivel de complejidad.
- Igualmente se quiere potenciar la **creación de dispositivos especializados de atención en la comunidad y de atención en domicilio**, que fomenten la plena integración y permanencia de la persona afectada de T.M.G. en el entorno donde reside evitando en lo posible, la separación de su entorno sociofamiliar.
- **Promoción de la historia clínica informatizada** y compatible entre Primaria y Especializada.
- **Definición de niveles asistenciales de rehabilitación y ámbitos de asistencia** para la buena coordinación de estos.
- **Implementación de consultas telefónicas** para la solución rápida de **dudas sobre el cuidado**.
- Programas de **préstamo de material ortorprotésico** recuperable como sillas de ruedas, andadores, y otros materiales de atención al paciente a domicilio.
- El Plan de Atención Compartida priorizará siempre la atención comunitaria del paciente crónico y, cuando se considere necesaria la intervención de profesionales hospitalarios, la utilización de Dispositivos Asistenciales alternativos a la hospitalización tradicional, como las consultas de alta resolución, los hospitales de día o la hospitalización a domicilio.

Cuando la atención ambulatoria o domiciliaria del paciente no sea la más adecuada a sus necesidades, **la realización de ingresos programados en planta de hospitalización si así se considera inevitable, evitando la derivación al Servicio de Urgencias de Atención Hospitalaria.**

La promoción de un envejecimiento activo y saludable desde todos los ámbitos debe jugar un papel muy importante en la prevención de la dependencia y preservar la autonomía del paciente crónico en la medida de lo posible. **Mantenerle en su domicilio el mayor tiempo posible** con la adopción de todas las medidas que se consideren oportunas tanto sanitarias como sociales será prioridad absoluta.

Como datos relevantes sobre la Ley de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de dependencia un 2,72% de la población cántabra tiene reconocido el derecho a una prestación, y que un 93% de ellos la disfruta en forma de Teleasistencia Domiciliaria, Ayuda a Domicilio, Atención en Centro de Día, Atención Residencial o de prestación económica para cuidados en el entorno familiar.

Castilla y León

En el IV Plan de Salud de Castilla y León¹⁹ se parte de tres niveles de intervención fundamentales: “mantenimiento en el domicilio, apoyo familiar y alojamiento residencial”. Además, se recoge el Programa Integral de Envejecimiento Activo⁵¹ cuyo objetivo general “es mejorar la calidad de vida de la personas mayores de Castilla y León, mediante el desarrollo unificado y coordinado entre administraciones y entidades de acciones de carácter preventivo que promuevan la adquisición de actitudes, conocimientos y habilidades para optimizar su salud y sus capacidades en la esfera física y psíquica, así como un nivel adecuado de interacción y desenvolvimiento en su entorno.”

Dentro de los objetivos específicos del Plan de Salud, se incluye “progresar en el proceso de atención a las personas con enfermedad crónica” en el que se defiende “la necesidad de adaptar los actuales dispositivos asistenciales y sociales a este nuevo contexto, cambios que exigen reconfigurar el modelo de atención garantizando la continuidad entre los diferentes dispositivos que prestan servicios, estableciendo sistemas de información compartidos que permitan la gestión conjunta, dando mayor participación al paciente en el control de su enfermedad, acercando los servicios al entorno del

paciente mediante el apoyo domiciliario organizado, y reforzando el papel y reorientando el perfil de algunos profesionales como los de enfermería, trabajo social o de algunas especialidades médicas como familia y medicina interna”. Al centro en la atención sanitaria integral a los pacientes crónicos pluripatológicos complejos se establecen dos medidas: “Impulsar el seguimiento proactivo de los pacientes en el ámbito de atención primaria, mediante llamadas telefónicas y/o visitas domiciliarias favoreciendo la actitud proactiva de los profesionales de enfermería en coordinación con los trabajadores sociales; y promover el mantenimiento del paciente en su domicilio habitual garantizando los cuidados en el entorno, disminuyendo la necesidad de atención en los servicios de urgencias y evitando ingresos hospitalarios innecesarios”.

En este sentido, existe en Castilla y León una Estrategia de atención al paciente crónico⁶ que, como recogen Fusté, Cànovas, Oliete y Fuertes²⁸, considera a la atención integrada en el domicilio como herramienta clave para “proporcionar a los pacientes crónicos una atención integral de calidad ajusta al nivel de cuidados que necesiten y en coordinación con el ámbito social”. Además, esta estrategia se plantea como objetivo específico “prestar atención sociosanitaria a las personas dependientes que viven en el domicilio y a sus cuidadores mediante el desarrollo de un proceso de atención sociosanitaria integrada, con la finalidad de mejorar la calidad de vida y la atención de las personas con enfermedades crónicas y necesidades de atención social”.

Finalmente, y volviendo al Plan de Salud, como área estratégica de intervención se pretende “reorientar el servicio de salud hacia un modelo de atención integrada y de responsabilidad compartida”. De este modo, se informa del desarrollo de “un modelo de coordinación sociosanitaria capaz de atender al paciente de una forma integral y personalizada, garantizando la continuidad de cuidados entre los diferentes dispositivos que prestan servicios, estableciendo sistemas de información compartidos que permitan la gestión conjunta y acercando los servicios al entorno del paciente mediante el apoyo domiciliario organizado”. Para ello y con la intención de “asegurar la integración asistencial y social en los procesos de atención a pacientes” se establece como objetivo específico “impulsar la coordinación entre el sistema sanitario y el sistema de servicios sociales garantizando la integración y continuidad de cuidados que dé respuesta a las necesidades sanitarias y sociales de los pacientes” abogando por el “desarrollo de sistemas de atención integrada en el

domicilio, con evaluación, planificación y seguimiento conjunto de servicios sociales y sanitarios de las personas con enfermedades crónicas y en situación de dependencia”.

Para complementar este análisis, Elvira Callejo Giménez, Directora Técnica de Planificación, Atención Primaria y Derechos de los Usuarios de la Gerencia Regional de Salud de la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León, participó en la entrevista contemplada en este proyecto para analizar en profundidad la situación actual de la atención domiciliaria en Castilla y León. En primer lugar, al interesarnos sobre la presencia de una Estrategia y Plan de Atención Domiciliaria, se nos informó de que un eje de competencia transversal de la continuidad asistencial que tiene alcance sociosanitario. En relación a los planes o estrategias sanitarias en las que la atención domiciliaria sea especialmente relevante se menciona específicamente la Estrategia de Cuidados paliativos y la Hospitalización a domicilio. Además, se han incluido una serie de objetivos en el Plan de Anual de Gestión para favorecer y potenciar la atención domiciliaria, entre los que figuran, la valoración de la adherencia terapéutica en el domicilio de personas con pluripatología crónica y polimedicados, el seguimiento proactivo en domicilio de personas dependientes y documentos de cuidados recomendados en el domicilio como el documento de valoración socio familiar. En cuanto a los servicios prestados en modalidad domiciliaria se incluyen como principales dos de ellos: la atención a la persona en situación de dependencia y la atención a la personas con necesidades de cuidados paliativos. El resto de los servicios pueden desarrollarse en el domicilio del paciente si la situación lo requiere. Esto último ocurre con los servicios de atención a procesos crónicos con progresión de la enfermedad como la pluripatología crónica compleja, EPOC, demencias, insuficiencia cardíaca, enfermedad renal crónica. Especial mención tiene el servicio de atención a la mujer en el puerperio donde a toda mujer puerpera donde se detecta riesgo psicosocial en el embarazo y se le realizará la visita postparto en el domicilio.

El siguiente bloque de preguntas se centraron en la estructura de la atención domiciliaria en Castilla y León. En atención primaria se trabaja en equipo con profesionales de enfermería, medicina y trabajo social. Se producen visitas programadas y a demanda los pacientes o ante urgencias. Fundamentalmente lo lidera enfermería con seguimientos programados para valoración de necesidades sociosanitarias y prestación de cuidados, derivando a servicios sociales cuando la

situación del paciente o cuidador lo requiera. Otros profesionales de atención primaria que intervienen son el trabajador social para la valoración social en personas en situación de dependencia y matrona en visitas puerperales a familias con hijos recién nacidos. En atención hospitalaria, los equipos de los equipos de hospitalización a domicilio acuden al domicilio del paciente tras el alta hospitalaria para realizarle los cuidados necesarios según su proceso para una recuperación adecuada en su domicilio en vez de hacerlo en el hospital. Finalmente, existe un recurso específico para situaciones de alto grado de complejidad del paciente que es el equipo de soporte domiciliario de cuidados paliativos (ESDCP).

En cuanto al desarrollo y funciones por niveles asistenciales, se afirma que el grado de desarrollo actual de la atención domiciliaria está dirigido, fundamentalmente, a las personas con limitaciones en el desplazamiento, personas inmovilizadas o encamadas y problemas, agudos o crónicos, incapacitantes. El objetivo y funciones que se espera que tengan es la atención integral que permita mejorar la gestión de los casos y canalizar los apoyos necesarios en su domicilio desde todos los niveles asistenciales. Así, la atención primaria es el líder en la gestión de las necesidades de las personas en su domicilio. La atención hospitalaria presta apoyo a la atención primaria en necesidades específicas de las personas. Más en detalle, desde los equipos de hospitalización en el domicilio del paciente y desde las unidades de cuidados paliativos en las que se proporcionan cuidados a personas con necesidad de cuidados complejos. El resto de servicios del hospital no realizan atención domiciliaria pero sí realizan detección de pacientes susceptibles de la misma tras su paso por el hospital. También es preciso señalar en este momento que se están desarrollando proyectos de videopresencia (videoconsultas desde el domicilio) en pediatría, unidad de continuidad de crónicos, dermatología y otras especialidades. Finalmente, desde atención primaria se realiza un papel de gestos de casos y coordinación con los profesionales sanitarios de los centros residenciales para personas mayores con el objetivo de resolver los problemas agudos y crónicos de las personas que allí viven. Así, existe un responsable de residencias médico y enfermero en cada uno de los equipos de atención primaria que es el referente para el contacto de gestión.

En relación al análisis de la planificación operativo y los instrumentos disponibles, al centrar en el coste-eficiencia de la atención domiciliaria se informa que el único dato disponible en este sentido se encuentra en el DECRETO 83/2013, de 26 de diciembre (B.O.C.

y L. - N.º 249, de 30 de diciembre de 2013), que contiene la actualización de los precios públicos por actos asistenciales y servicios sanitarios prestados por la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. En el Anexo a dicho Decreto se detalla, para cada uno de las prestaciones y servicios sanitarios, el precio público calculado de acuerdo con la estimación del coste efectivo que le supone dicho servicio a la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Así:

- Estancia hospitalización a domicilio 163,08€;
- Consultas a domicilio. Médicas. Sin pruebas. Primera consulta 101,40€;
- Consultas a domicilio. Médicas. Sin pruebas. Consulta sucesiva 96,28€;
- Consultas a domicilio. Médicas. Con pruebas. Primera consulta 103,44€;
- Consultas a domicilio. Médicas. Con pruebas. Consulta sucesiva 106,52€;
- Consultas a domicilio. De enfermería. Sin pruebas. Primera consulta 60,43€;
- Consultas a domicilio. De enfermería. Sin pruebas. Consulta sucesiva 60,43€;
- Consultas a domicilio. De enfermería. Con pruebas. Primera consulta 65,55€;
- Consultas a domicilio. De enfermería. Con pruebas. Consulta sucesiva 62,47€

Esta información se sustenta en datos de la Unidad de Hospitalización a Domicilio y del Plan de Cuidados Paliativos Domiciliarios ya que sus procesos son codificados por la información recogida en el CMBD que se carga en el agrupador de GRD permitiendo agrupar los episodios asistenciales atendidos.

Además, se dispone de indicadores específicos de atención domiciliaria:

- Cobertura de atención a personas dependientes en su domicilio.
- Personas atendidas en su domicilio por el Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria.
- Personas atendidas en su domicilio por las Unidades de Hospitalización a Domicilio.
- Porcentaje de personas con pluripatología crónica compleja (PPC) y con nivel de dependencia 3 o con Barthel inferior a 60 puntos, en cuya historia clínica están registradas, al menos, dos visitas domiciliarias.

En el análisis del papel del paciente y de sus cuidadores en su proceso de atención se informa de que estos pueden acceder, dentro de su historia de salud, a la denominada "Carpeta de Paciente" que permite visualizar:

- Los datos administrativos que el ciudadano tiene en todos los centros asistenciales de la red de Castilla y León, tanto en su centro de salud de referencia como en los hospitales con los que en algún momento ha tenido contacto.
- La consulta de las citas con su médico, enfermera y matrona.
- La consulta/descarga de el/los informe/s de radiología.
- La visualización de las imágenes médicas de radiología.
- La consulta/descarga de el/los informe/s de:
 - Alta de hospitalización.
 - Alta de urgencias.
 - Cuidados al alta de enfermería.
 - Consultas externas.
 - Cribado de retinopatía diabética.
 - Hoja de emergencias sanitarias.
- La visualización y descarga de la Hoja de Medicación.
- La consulta de la información relativa a los procesos de baja.
- La consulta/descarga de el/los informe/s de:
 - Tratamiento de Anticoagulación Oral o Pautas de Anticoagulación.
 - Resultados de Pruebas COVID-19.
 - Historia Clínica Resumida de Atención Primaria.
 - La modificación de sus Datos de Contacto.

Además, en la aplicación móvil "Sacyl Conecta" existe un enlace a la Documentación clínica que permite visualizar:

- Hoja de medicación,
- pruebas COVID,
- hoja de vacunación,
- justificante IT,
- informes de laboratorio y
- tratamiento anticoagulante ('SINTROM').

También se informa que los pacientes y cuidadores disponen de canales de atención no presencial y se está trabajando en la mejora de la no presencialidad y personalizar la atención. Si bien es cierto que no existe comunicación directa (mensajería o videoconsulta) directamente con el profesional.

En relación a la educación en salud personalizada, en Castilla y León se dispone del "Aula de Pacientes" que se trata de un espacio de participación que, a través de información objetiva y veraz, se orienta

a promover estilos de vida saludables, prevenir la enfermedad y apoyar a los pacientes crónicos en el cuidado de su propia salud. En la consulta de enfermería se realiza una atención personalizada de los pacientes que incluye la educación para la salud individual y desde los centros de salud, y liderado por enfermería, se realizan intervenciones de educación para la salud grupal y comunitarias con diversas áreas temáticas como son personas cuidadoras, enfermedades crónicas, dolor, estilos de vida saludables...

También se informa que los pacientes cuentan con un plan asistencial integral compartido en los distintos niveles asistenciales que es el proceso de Atención al Paciente Crónico Pluripatológico Complejo en Castilla y León, en el proceso de Cuidados Paliativos y proceso de Prevención de Fracturas por Fragilidad, en el que se incluye a los servicios sociales. De manera adicional, se cuenta con proyectos de pilotaje de telemonitorización, además de todos los contenidos de la Plataforma Tecnológica Sociosanitaria de Castilla y León, con conjunto de soluciones innovadoras que suponen la potenciación de las capacidades de los recursos existentes para atender las necesidades sanitarias y sociales de forma conjunta en las personas que lo requieren.

Finalmente, existen planes de seguridad del paciente en cada proyectos individuales en los que se contempla la vigilancia y promoción de este aspecto según el Plan en Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente de SACYL.

Al preguntar por las barreras, limitaciones y dificultades en el desarrollo de la atención domiciliaria se identifican aspectos organizativos para mejorar agendas para ampliar el tiempo dedicado a las personas dependientes en su domicilio, poca implementación de herramientas tecnológicas y la formación para el uso de las mismas; formación de los profesionales sanitarios, sociales cuidadores profesionales en la atención domiciliaria; falta de cuidadores familiares en atención a los pacientes dependientes que lideren sus cuidados y reciban el apoyo y ayuda tanto del sistema sanitario como de los servicios sociales.

Existe asimismo una limitación tecnológica importante debido a la falta de interoperabilidad entre los diferentes sistemas de información sociosanitarios y al aún limitado desarrollo de la telemedicina.

Al centrarnos en los marcos de colaboración con otras entidades públicas o privadas, en Castilla

y León existe una colaboración estrecha con la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades en materia de coordinación sociosanitaria para la atención domiciliaria de diferentes grupos de interés: enfermedades crónicas, cuidados paliativos, etc. Asimismo, se está trabajando con la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades y con otras Direcciones Generales de SACYL en el desarrollo de una plataforma sociosanitaria que sustente la coordinación en la atención de las personas vulnerables de una comunidad tan extensa como es Castilla y León.

La principal dificultad de estos procesos de coordinación sociosanitaria estriba en lograr la interoperabilidad entre los diferentes sistemas de información, estableciendo los accesos según el perfil profesional y la normativa en materia de protección de datos.

Además, se colabora con asociaciones de enfermos y familiares y con entidades sin ánimo de lucro que atienden a personas enfermas y colectivas vulnerables.

En referencia a la inversión en innovación, digitalización e incorporación de tecnología innovadora se informa que durante el año 2019 hubo una inversión en tecnología por SACYL de 4.097.419€ cuyo responsable es el Secretario General en su faceta de director económico, presupuestario y financiero. Además, se contemple la contratación y/o compra pública en diferentes modelos (contratos, servicios públicos, concursos, etc.) según el grado de implementación.

Sobre el futuro de la atención domiciliaria se reconoce que el trabajo futuro pasa por trabajar en coordinación con servicios sociales y en el aprovechamiento de la potencialidad de las TICs.

Además, existen planes específicos para los próximos años:

- **PROYECTOS FRONTEIRA e INTEGR@TENCIA:** Desarrollados en diferentes áreas de la zona transfronteriza entre Castilla y León y Portugal. Tiene como finalidad el acercamiento de servicios de promoción de la autonomía personal a las personas con dependencia, discapacidad o enfermedad crónica que residen en pequeños municipios, con la previsión de facilitar tecnológicamente un modelo de provisión de cuidados de larga duración, apoyando a la persona en la decisión de su propio proyecto

de vida y coordinando una acción proactiva y complementaria en la:

- Atención en el propio domicilio
 - Calidad de vida
 - Atención sociosanitaria integrada en los planes de apoyo
 - Activación de los recursos comunitarios
 - Innovación tecnológica
- PROYECTO NEUROQUALYFAM: Su objetivo es potenciar la investigación, el desarrollo tecnológico y la innovación (plataforma TIC y recursos de apoyo y capacitación), así como mejorar los resultados de calidad de vida familiar, optimizando los recursos de apoyo y asistencia a las familias cuidadoras de los enfermos en áreas rurales y despobladas, mediante la cooperación entre las instituciones responsables de investigación y atención a las enfermedades neurodegenerativas (Parkinson, Esclerosis Múltiple y Alzheimer) de Castilla y León y Norte y Centro de Portugal mediante.
 - PROYECTO INTECUM: Tiene como finalidad la atención integral a la persona en la fase final de la vida, mediante un proceso sociosanitario integrado de forma proactiva, desde el momento de la inclusión de una persona con enfermedad en fase avanzada/terminal en el Proceso Asistencial Integrado de Cuidados Paliativos, proporcionando los apoyos que precise para que pueda permanecer en el hogar elegido con garantías de calidad y seguridad, ofreciendo un acompañamiento respetuoso y fomentando la participación social activa.
 - PROYECTO RURAL CARE: Es un proyecto innovador que ofrece a las personas con dependencia, discapacidad o enfermedad crónica los apoyos necesarios para que puedan permanecer en su domicilio, si así lo desean, desarrollando su proyecto de vida, sus actividades cotidianas, de participación en la comunidad, de cuidado de la salud y, en general, todas aquellas actividades significativas que den sentido a su vida. Pretende evaluar el coste /efectividad e impacto en el territorio rural de un modelo centrado en la persona. Se establecen hasta 4 diferentes Hogares de Riesgo en los que se ofrecen apoyos tecnológicos y profesionales de cuidados.

Asimismo, se está trabajando con la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades y con otras

Direcciones Generales de SACYL en el desarrollo de una PLATAFORMA SOCIOSANITARIA que sustente la coordinación en la atención de las personas vulnerables de una comunidad tan extensa como es Castilla y León, con prioridad en:

- Interconsultas sanitarias
- Tele monitorización y Vídeo consulta
- Módulo de Test
- Web del ciudadano
- Tele rehabilitación integral

En este sentido la inversión prevista por Castilla y León en materia de atención domiciliaria con los fondos europeos del Plan de Recuperación se centrarán: refuerzo de infraestructuras, investigación e innovación y tecnologías de la información.

Entre los desarrollos futuros previstas se contempla una reorganización de recursos humanos y materiales para fortalecer y modernizar el sistema sanitario público en garantía de la salud y el desarrollo de una plataforma sociosanitaria que integre las actuaciones de todos los profesionales que participan en la atención domiciliaria, desde las distintas Administraciones.

También se contempla la colaboración público-privada como una necesidad actual. Indirectamente, a través de la colaboración con la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades y con la Consejería de Fomento y Medio Ambiente, con entidades con (Caixa-cuidados paliativos) o sin ánimo de lucro (Cruz Roja, Cáritas, AECC) que atienden a personas enfermas y colectivos vulnerables.

Por su parte, la hospitalización a domicilio solamente existe en algunas áreas de salud pero con programación de su extensión y en desarrollo fundamentalmente en cuidados paliativos y en programas de salud mental comunitaria.

Finalmente, al hablar de ejemplos de buenas prácticas existen una serie de estudios promovidos por Red Centinela Sanitaria de Castilla y León :

- Visitas domiciliarias de enfermería en Atención Primaria (Enfermería); Registro de Enfermería de la misma RED.2013.
- Estudio de dependencia y fragilidad en personas mayores. Evaluación de una intervención de educación para la salud. 2017-2018.
- Calidad de los cuidados paliativos en Atención Primaria en Europa 2013-2014.

En este momento, no podemos dejar de mencionar que Castilla y León, a finales de 2020, se convirtió en la primera comunidad autónoma en regular la prestación de la teleasistencia avanzada.

Mediante este servicio se podrá prestar una atención personalizada, adaptada a las necesidades individuales de cada persona que se encuentre en situación de dependencia e integrará la atención social y sanitaria. Además, se basará en un enfoque proactivo, personalizado y predictivo para lo que utilizará las TICs.

Por otro lado, este servicio será gratuito para todos los usuarios que lo necesiten. En este sentido, se establecerá un contrato único que reorganice las infraestructuras de prestación de este servicio integrando los recursos, extendiendo el servicio a más usuarios, homogeneizando los contenidos, integrando el servicio con el resto de prestaciones sociales y sanitarias, incorporando nuestros servicios proactivo y el seguimiento de la atención. El presupuesto destinado para ello es de hasta 5 millones de euros para el año 2021.

Más en detalle, el servicio de teleasistencia avanzada incorporará dos nuevos servicios que permitirán identificar mejor los problemas o emergencias de los usuarios. Uno de ellos se centrará en el apoyo del mantenimiento de la salud y el control de la atención que reciben, y el otro será un seguimiento proactivo y apoyo al cuidador.

Castilla-La Mancha

En el análisis inicial de la situación que presenta el Plan de Salud de Castilla-La Mancha 2019-2025²⁰, se hace una referencia explícita a que la atención domiciliaria “conlleva una mejor atención a los pacientes, haciendo que las personas mayores, con mayor fragilidad, y pacientes con enfermedades crónicas no tengan que desplazarse al centro y sean atendidos en sus domicilios.”

Además, al identificar las características del sistema Sanitario de Castilla-La Mancha se recoge que la humanización de la asistencia es uno de sus objetivos y que ello pasa, entre otros, por fomentar la atención domiciliaria. También, al centrarnos en las líneas estratégicas y formulación de objetivos estratégicos del Plan se observa que, en el la primera línea estratégica “sostenibilidad del sistema sanitario”, en el primero de sus objetivos estratégicos “garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario mejorando su efectividad y eficiencia” se considera que “es imprescindible adaptar los recursos disponibles a

las nuevas necesidades (fomento de la atención a domicilio, [...]”.

En relación a las líneas estratégicas del Plan, en una de ellas titulada “cambio del modelo organizativo del sistema sanitario” se establece que “el reto de esta línea estratégica es desarrollar un modelo de atención integral e integrada, mejorando progresivamente la accesibilidad geográfica y funcional, su eficacia y capacidad de respuesta global y su adecuación a problemas concretos de carácter prioritario en Castilla-La Mancha. Este modelo debe tener orientación comunitaria y ofrecer soluciones innovadoras para la atención a las personas, la mejora del desarrollo profesional y la calidad y seguridad en la práctica profesional”.

En el mismo sentido, se afirma que la sostenibilidad y cambio de modelo sanitario “debe vertebrarse sobre la base del impulso de la atención primaria y el aumento de su capacidad resolutoria, centrado en la persona como un todo y como parte de un contexto familiar, comunitario y social que en buena medida determina y condiciona su situación. Este modelo potencia la asistencia a las personas con enfermedades crónicas, mejorando la coordinación con los servicios sociales en el propio entorno del paciente, impulsa las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, la discapacidad y la dependencia; e implica a los profesionales en la gestión de los recursos”.

Por otro lado, se reconoce que “la complejidad de manejo del paciente mayor justifica la necesidad de coordinar las actuaciones de los equipos de atención hospitalaria y los de atención primaria o de las instituciones en las que residen. Esta situación plantea la conveniencia de mantener la continuidad asistencial entre ambos ámbitos mediante la comunicación directa entre los equipos, utilizando informes claros y detallados dirigidos a los equipos de atención primaria o la institución de mayores, que permitan prestar la atención adecuada.

Así, en el Plan se considera que el espacio de continuidad asistencial es un espacio virtual de asignación de recursos que está constituido por tres ejes:

- El eje de soporte social, caracterizado por la gradación de los recursos sociales, formales o informales, para el emplazamiento de una persona, desde el domicilio hasta la institucionalización (ayuda a domicilio, teleasistencia, atención residencial, etc.).
- El eje de soporte sanitario, caracterizado por

la gradación de los cuidados, desde el cuidado puntual a la atención continuada y desde el soporte domiciliario/residencial por los equipos básicos de salud hasta el soporte hospitalario.

- Por último, el tercer eje tiene que ver con la valoración de las características del paciente en cuanto a calidad y esperanza de vida y los beneficios de la hospitalización (residencia de mayores, institución psiquiátrica etc.).

Dependiendo de estos tres ejes, una persona puede ser emplazada en el sitio adecuado con el soporte que precise. Así, un paciente mayor con deterioro funcional y cognitivo severo que vive en su domicilio, con buen soporte social y con patología aguda subsidiaria de ingreso hospitalario, tiene su asignación óptima de cuidados es el soporte domiciliario de base hospitalaria.”

Otra de las áreas a las que hace referencia el Plan es la “explotación de los sistemas de información y uso racional de las nuevas tecnologías de la información”. Se afirma que “el efecto transformador e integrador de las TIC y de la sociedad del conocimiento afecta de forma muy particular a las personas en situación de dependencia, que necesitan mejorar la accesibilidad y los servicios personalizados en el domicilio. La e-inclusión y la e-accesibilidad pueden ejercer de fuerza integradora para los colectivos dependientes y grupos vulnerables (invidencia y otras discapacidades, personas con enfermedades crónicas, pacientes con trastorno mental, mayores dependientes o víctimas de violencia de género).”

Ya dentro del Plan de Atención Primaria de Salud se establece como uno de sus objetivos generales “potenciar la atención al paciente en su domicilio” y se considera que “se debe potenciar la atención del paciente en su domicilio como elemento propio de la atención primaria; una atención centrada en el paciente y en su entorno familiar y social, incluyendo el diagnóstico de las necesidades sociosanitarias y la coordinación con los servicios sociales de atención primaria.”

También, en el Plan de Abordaje Integral de la Cronicidad y Prevención de la Fragilidad se establece que, en el desarrollo de las diferentes líneas de actuación, “participan la atención primaria y hospitalaria, así como los servicios sociales y todas las disciplinas que intervienen en el cuidado de estos pacientes desde su captación y valoración inicial, por los profesionales de atención primaria, hasta la atención hospitalaria y su continuidad en el entorno habitual del paciente, ya sea domiciliario o residencial”.

De esta forma, unos de sus objetivos generales es “garantizar la visión global y el abordaje integral y longitudinal del paciente con enfermedad crónica en cada una de las fases de la historia natural de su enfermedad” se afirma que “se ha de remodelar el desarrollo de la atención domiciliaria para mejorar el mantenimiento de las personas en su entorno, realizando modificaciones en la organización de las consultas para generar visitas no presenciales por parte de los pacientes y sus cuidadores mediante el uso de las TIC”.

Dentro del Plan de Atención Sociosanitaria se establece que “garantizar el máximo bienestar, autonomía y, por tanto, la calidad de vida de estas personas (atendidas dentro del plan de atención sociosanitaria) requiere facilitar la atención en el domicilio y en su entorno habitual, siempre que sea posible”. Además, se defiende que “el medio natural de la persona es su domicilio, su entorno habitual, por lo que la mayoría de las medidas de atención sociosanitaria que se pongan en marcha deben tener en cuenta este aspecto”. Finalmente, se establece como una de las estrategias del plan “la atención de cuidados de larga duración en domicilio”.

Se establece, para este Plan de Atención Sociosanitaria el objetivo general 3 de “aumentar las intervenciones realizadas en el domicilio familiar y entorno habitual del paciente”. Para ello, se afirma que “el diseño de las intervenciones debe favorecer la permanencia de las personas en su entorno habitual, diversificando y mejorando la atención domiciliaria con una cartera de servicios amplia e integral que incluya, sobre todo, los cuidados de larga duración, la convalecencia y la rehabilitación; coordinando los niveles de las redes sanitaria y social, de manera que puedan interactuar para garantizar la continuidad de cuidados, según las necesidades particulares de cada persona; y mejorando progresivamente la accesibilidad geográfica y funcional.”

De manera adicional a todo lo anterior, se mantuvo una entrevista con María Begoña Fernández Valverde, Directora General de Cuidados y Calidad del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, Consejería de Sanidad del Gobierno de Castilla-La Mancha, en la que profundizar y matizar el contenido anterior.

Así, la primera aclaración que se realiza es que, en Castilla-La Mancha, se presta la atención domiciliaria apoyándose en la atención primaria por la importante red de esta tipología de atención que tienen en la comunidad. Además, han identificado que tienen que mejorar la coordinación y comunicación entre la

primaria y la especializada. Para ello, han constituido las Unidades de Continuidad Asistencial, con recursos de la atención hospitalaria y especializada. Son una herramienta para la atención a los pacientes crónicos complejos nivel 4 y 5 según la estratificación GMA y están a disposición de los equipos de atención primaria. Los equipos de Atención primaria pueden consultar a estas unidades mediante la atención telefónica para resolver dudas y consultas y gestionar las descompensaciones de estos usuarios, también pueden ser citados en la Unidad de Continuidad Asistencial para que, en un mismo día, el paciente tenga una valoración y plan integral. Es decir, se coordinan y planifican las pruebas y visitas con todos los especialistas necesarios para que el paciente sea valorado en un único día. Si es necesario una hospitalización, se intenta que sea lo más breve posible. Además, si estos pacientes llegan a urgencias, antes de ingresarlos se consulta con esta Unidad de Continuidad Asistencial para hacer un plan y tratamiento adaptado e individualizado. Actualmente está en vías del desarrollo y aplicación en todo el territorio de la comunidad.

En relación a la estructura y gobernanza, estas unidades se montan con recursos de los servicios de geriatría, medicina interna o de urgencias, personal de enfermería y de trabajo social. Se ha demostrado que estas unidades evitan el 90% de los ingresos lo que ha permitido hacer una reestructuración de los recursos. Por otro lado, se ha observado que estos pacientes tienen una alta necesidad de atención social. Así, los trabajadores sociales se coordinan para responder o satisfacer esas necesidades para evitar, en la medida de lo posible, que el ingreso sea motivado exclusivamente por una necesidad social.

Se están desarrollando actualmente indicadores que permitan valorar la calidad y efectividad de estas unidades. Así, en estos momentos se tienen en cuenta el número de pacientes atendidos, el número de pacientes dados de alta, las pruebas realizadas y el tiempo de seguimiento en estas unidades.

Como retos futuros o aspectos a pulir en el funcionamiento de estas unidades, se señala la identificación de los pacientes crónicos complejos en la historia clínica electrónica, ya que hay dos historias clínicas, la de primaria y la de hospitalaria que no están integradas entre sí. Además, la historia social no está informatizada de momento. Por otro lado, se necesita desarrollar, unificar e integrar el protocolo completo de atención al paciente crónico complejo.

Como desarrollos futuros, una vez estén implementadas estas unidades en todo el territorio, será la hospitalización a domicilio.

Al señalar las barreras y dificultades encontradas en el desarrollo de estas unidades se señala el excesivo "hospitalocentrismo" que dificulta, en ocasiones realizar un cambio en la cultura de la atención sanitaria a las personas que debe pasar por atender a la persona en el servicio más cercano a su contexto y entorno de vida, esto es, desde la atención primaria con apoyos puntuales de la atención hospitalaria y especializada.

En relación a la introducción de las tecnología y las TIC en la atención sanitaria, además de la falta de interoperabilidad entre las historias clínicas ya comentada, se afirma que, durante la pandemia, se han vencido ciertas resistencias por parte de los profesionales y de los usuarios y se ha comenzado a ver su utilidad en la atención sanitaria. Así, por ejemplo, en todos los centros de atención primaria se puede hacer electrocardiografía digital que se transmite al cardiólogo o al médico de urgencia para hacer un diagnóstico con él y que ha tenido muy buena aceptación por parte de los profesionales. También, se ha potenciado la teledermatología para el tratamiento y cribaje de casos. Por otro lado, se ha empezado un proyecto de videoconsulta con los pacientes de salud mental desde sus domicilios y que han sido un éxito. Próximamente se incorporarán los servicios de cardiología y los de anestesia para quien se está diseñando la videoconsulta desde el centro de atención primaria. Finalmente, hay un proyecto general de videoconsulta entre la atención primaria y la hospitalaria y especializada que se está desarrollado.

Cataluña

Es cierto que, como recogen Fusté, Cànovas, Oliete y Fuertes²⁸, la atención en ámbito domiciliario está muy presente en las políticas públicas sanitarias y, en concreto, en su Plan de Salud 2016-2020¹².

Así, con el objetivo estratégico de crear una atención sanitaria, resolutive e integral se habla de que "la continuidad asistencial solamente es posible con una buena coordinación entre ámbitos asistenciales y la incorporación de servicios de apoyo para el conjunto de las áreas básicas de salud (atención domiciliaria, fisioterapia, atención a la salud sexual y reproductiva, podología, salud mental, pediatría, odontología, etc."

Además, en la revisión de la implantación del modelo de atención continuada y urgente se establece como un eje de trabajo con perspectiva para el 2020 “consolidar los dispositivos de atención continuada y urgente de la atención primaria, la atención domiciliaria y la resolución telefónica (demandas de atención atendidas sin movilización de recursos)”. Además, se apuesta por “potenciar el desarrollo de alternativas a la hospitalización convencional (hospitalización a domicilio, subagudos u hospitales de día) y de flujos alternativo en la atención urgente a determinados grupos de enfermos, como los pacientes oncológicos o crónicos complejos, con el objetivo de que sus descompensaciones se solucionen en entornos centrados en los usuarios y en sus necesidades”. Además, dentro de las actividades iniciales de este proyecto se indica que se iniciará la definición de los criterios de atención domiciliaria y a las residencias para personas mayores.

Otra línea de trabajo contenida en el Plan es “consolidar la receta electrónica como elemento integrador del sistema sanitaria e incorporar nuevas soluciones de movilidad y seguimiento domiciliario, así como herramientas de apoyo a la dispensación segura y eficiente” e “incorporar la prescripción de medicación hospitalaria de dispensación ambulatoria y de nutrición enteral domiciliaria en el sistema integral de receta electrónica”.

Existe otro proyecto dirigido a la “aplicación de la salud digital en estructuras asistenciales” en el que se insta a “elaborar una herramienta colaborativa que permita analizar y desarrollar soluciones para mejorar la atención domiciliaria desde un punto de vista global, ya sea en atención primaria (las visitas domiciliarias y las urgencias) o en el ámbito de la atención hospitalaria (hospitalización domiciliaria) u otras acciones que se puedan realizar en el domicilio”.

Finalmente, apuesta por el desarrollo del Plan Interdepartamental de Atención e Interacción Social y Sanitaria que hoy en día se llama Plan de Atención Integrada Social y Sanitaria (PAISS)¹. Mediante este Plan se pretende “crear un modelo de atención integrada de los servicios sanitarios y sociales, elaborando un plan de trabajo que contribuya a generar un modelo de intervención global coordinada, con una misma visión de conjunto, que sitúe a la persona en el centro”²⁸. Más en detalle, uno de los objetivos estratégicos contemplados es el “desarrollo de un modelo de atención integrada social y sanitaria en el entorno domiciliario” que establezca los “mecanismos de coordinación que

permitan hacer efectivas las necesidades de atención sanitarias y sociales, a las personas que tienen que ser atendidas a domicilio, generando vías de interacción donde las personas y sus necesidades se sitúen en el centro en la provisión de los servicios en el entorno comunitario. Se pretende facilitar la continuidad asistencial en el domicilio para hacer efectivo su derecho a decidir, prevenir la institucionalización de las personas en la atención residencial y que las estancias hospitalarias se prolonguen inadecuadamente²⁸.

De manera adicional, se realizó una entrevista con Sebastià J Santaegugènia González, Director del Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat i del Pla Director Sociosanitari en Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya; Joan Carles Contel, miembro del Programa Prevenció y Atención a la Cronicidad y del Plan Interdepartamental de Atención Integrada sanitaria y social, Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya; y Eva M^a Melendo, enfermera referente del Pla Director Sociosanitari en el Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya.

En esta entrevista se informó de que hay un Modelo de atención integrada social y sanitaria en el entorno domiciliario de Catalunya que está previsto se presente en los próximos meses (en la fecha de la entrevista no eran públicos). Por otro lado, se informa de que tradicionalmente la atención domiciliaria está altamente fragmentada entre atención social domiciliaria, atención domiciliaria de atención primaria y atención domiciliaria de atención especializada. De ahí la necesidad de contar con un modelo integrado. En el ámbito de las residencias de personas mayores, se tiene otro modelo que también se quiere publicar en breve. Para estos modelos se ha conseguido un amplio consenso entre entidades públicas y privadas, comunidad científico-profesional y patronales.

Además, en la entrevista, al tratar de buscar o encontrar soluciones para compartir datos relevantes entre el ámbito social y el sanitario, se identificó el reto de mejorar la conexión e interoperabilidad de los registros ya que existen problemas de carácter legal. De hecho, el servicio de teleasistencia y los datos que se obtienen con él no se comparten ni con la historia de servicios sociales, ni con la de salud. Se debería hacer un trabajo conjunto entre el sistema sanitaria y el de servicios sociales para que la información obtenida mediante el servicios de teleasistencia pase, en primer lugar, a servicios sociales y, después de ahí, al sistema de salud.

La teleasistencia debe ser el gran paradigma de desarrollo tecnológico que permita obtener datos para facilitar una atención social y sanitaria integrada. Además, se hace referencia a que los presupuestos con los fondos europeos de recuperación se pueda hacer una apuesta para el desarrollo de la teleasistencia avanzada y, a ser posible, bajo un modelo funcionalmente integrado. Por otro lado, una persona que está en teleasistencia básica actualmente existe una línea de trabajo en la mejora de los canales de comunicación entre servicios y los ámbitos sanitario y social para optimizarlos y poder responder de manera ágil y flexible a las crisis.

En otro orden de cosas, al hablar de otros recursos de atención domiciliaria, como los PADES, que son un recurso específico de atención al final de la vida o de alta complejidad en el domicilio, se está trabajando en un procedimiento de gestión mediante el que se determina, en función de la complejidad del caso, qué equipo tienen mayor responsabilidad y nivel de atención directa entre los equipos de atención primaria y los equipos de soporte. El objetivo es poder adaptar el equipo y la atención a las características y necesidades del caso en concreto.

En relación al papel de los cuidadores y pacientes y el fomento de su empoderamiento, si bien es cierto que existen experiencias de formación como la del “paciente experto” en la que se intenta capacitar y dar a los pacientes y cuidadores recursos y habilidades para implicarse de manera óptima en sus cuidados, se identifica el reto de ofrecer más recursos y tener planes de seguimiento proactivos que protejan el estado psicoafectivo y emocional y aporte del soporte de forma continuada. Además, en ocasiones, en Catalunya es necesario armonizar estas acciones por parte de las diferentes administraciones públicas (Consejerías de Salud y de Derechos Sociales de la Generalitat, diputaciones, municipios y consejos comarcales como gobiernos locales) para compartir esfuerzos y optimizar los recursos.

Por otro lado, en Catalunya existe una aplicación móvil denominada “La Meva Salut” que permite el acceso de las personas a su historia clínica y documentación sobre pruebas realizadas e interaccionar con el equipo de atención primaria que les lleva. El uso de esta aplicación, ha crecido exponencialmente durante la pandemia de 2020. En este sentido, existe un amplio consenso en derivar muchos procesos sanitarios a la modalidad no presencial siendo un aspecto a potenciar en los próximos años aprovechando el impulso que ha cogido en el año anterior.

Relacionado con lo anterior, la última compra innovadora de 2019 fue la compra de unos dispositivos como unos glucómetros que permitirán trasladar a la historia clínica los resultados. Además, de cara al futuro existirá una apuesta por tecnología similar como por ejemplo oxigenoterapia y terapias respiratorias, diálisis, glucómetros, pulsómetros, etc. que permitan que los datos obtenidos se traslades automáticamente a la historia clínica del paciente.

Al hablar sobre las dificultades para garantizar una gobernanza compartida y atención social y sanitaria integrada, se hizo referencia a un artículo reciente titulado “Atención integrada salud y social: definición, retos y techos de vidrio”⁶¹ en el que se identifican las principales barreras. En primer lugar, la “cocreación y participación en el desarrollo del modelo de atención integrada” en el sentido de que la atención integrada debe partir de la experiencia de las personas que deben ser atendidas y en qué actuaciones les aportan más valor. Así, reconoce que “más allá de algunas iniciativas realizadas en la propia administración sanitaria o social” existe “mucho camino por recorrer en cómo garantizar y estructurar la participación activa de la ciudadanía, asociaciones, gobiernos locales, profesionales y proveedores en la definición de modelos de futuro en la atención integrada en Catalunya”. En segundo lugar, el “territorio, gobernanza y liderazgo” y es que es necesario entender que las entidades presentes en un territorio son un “microsistema que asume de manera compartida la responsabilidad en los objetivos de salud y bienestar de la población”. Así, es especialmente importante el liderazgo y apoyo de los responsables públicos de las administraciones locales. Por otro lado, es necesario que los territorios y límites de las zonas y servicios de atención sanitaria y social coincidan al completo para facilitar la movilización y coordinación de los recursos y limitar el número de agentes y entidades implicados en las políticas públicas de atención integrada social y sanitaria. El tercer elemento importante es la “financiación, contratación y compra que ha demostrado ser un “antídoto para combatir la fragmentación” de la atención. Para ello, “resulta clave la combinación de modelos de contratación y compra específicos de cada ámbito de atención con un modelo que también establezca fórmulas innovadoras de contratación que favorezcan un modelo de atención integrada, especialmente en cuanto al modelo de atención para personas en situación de complejidad”. Para finalizar, en cuarto lugar tenemos la “evaluación, aprendizaje e innovación” para lo que es necesario “desarrollar marcos evaluativos de base poblacional que sean comunes y transversales para organizaciones y profesionales que trabajan en diferentes ámbitos de

atención". Se necesita para ello un cuadro de mando único e indicadores "objetivos, válidos, sensibles, específicos y consensuados". Con la información que se obtenga de esta valoración se podrá conocer si se ha respondido a los objetivos propuestos y se han alcanzado los acuerdos previos. El resultado final es la identificación de las buenas prácticas o experiencias exitosas a nivel local y ser capaces de trasladarlas al ámbito nacional.

En este sentido, para finalizar la entrevista se habla de una experiencia que ya se desarrolló hace unos años y que debería volver a impulsarse con el objetivo de recoger y recopilar en un único lugar la innovación en el ámbito de la atención y, en nuestro caso, de la atención domiciliaria. La Agencia de Calidad y Evaluación Sanitaria de Catalunya (AQuAS) creó en 2013 un observatorio de implementación de innovaciones en salud. Esta plataforma fue un éxito tremendo de experiencias locales que se valoraban y premiaban. El problema es que estas iniciativas si no se estimulan y potencian se acaban perdiendo. De hecho, en 2016 y años siguientes se perdió el impulso. Lo ideal, se reconoce, sería haber hecho un seguimiento de las premiadas y estimular su implantación en otros territorios.

Comunidad Valenciana

En su IV Plan de Salud 2016-2020³⁰, dentro de su marco conceptual, al hablar del modelo de Atención a la Cronicidad (página 21) se afirma que "para abordar los principales retos que plantean los cambios demográficos y epidemiológicos vinculados al progresivo envejecimiento de la población y predominio de las enfermedades crónicas, el Plan de Salud apuesta por una respuesta multidimensional que implica una reorientación del sistema de salud. En el ámbito asistencial, se dirige hacia la reorganización de los cuidados clínicos para una atención integrada y continuada que combine los distintos niveles asistenciales y centre su atención en el paciente y su entorno familiar. Además reconoce la necesidad de actuar en el ámbito poblacional fomentando la prevención y el empoderamiento de la ciudadanía y de los pacientes mediante intervenciones que faciliten la participación y la incorporación de activos en salud comunitarios".

Ya en el apartado de objetivos, acciones e indicadores vinculados a las diferentes líneas estratégicas del plan existe una titulada "orientación hacia la cronicidad y hacia los resultados en salud para incrementar la esperanza de vida en buena salud". En ella, tal y como resumen Fusté, Cànovas,

Oliete y Fuertes²⁸, el objetivo operativo de esta línea es "garantizar la atención de pacientes crónicos complejos y paliativos que incluya a las personas cuidadoras, con la finalidad de garantizar una atención integral, coordinada, de calidad, eficiente, individualizada y digna a los pacientes crónicos de alta complejidad". Se hace referencia a que, en algunas patologías, se provea una atención integrada entre los diferentes niveles asistenciales en el que se incluya "la atención y apoyo en el domicilio". También, se apuesta, en determinados casos, por la administración farmacéutica a domicilio, así como el apoyo y soporte de los cuidadores en caso de personas con enfermedades degenerativas y/o crónicas complejas y en situación de cuidados paliativos. Por otro lado, se incluye una acción con el objetivo de "facilitar el desarrollo de las TICs para el seguimiento y atención a distancia en el domicilio de los pacientes".

Finalmente, el Plan hace referencia en otra de líneas estratégicas a "cuidar la salud en todas las etapas de la vida" para lo que quiere impulsar las "visitas domiciliarias para conocer el entorno familiar y favorecer una intervención adaptada a la situación y necesidades particulares de cada caso", especialmente en la salud infantil.

Extremadura

Tal y como se recoge en el estudio de Fusté, Cànovas, Oliete y Fuertes²⁸, el Plan de Salud de Extremadura 2013-2020³⁴, "en general, hace referencias a la atención domiciliaria".

No obstante, se reconoce como objetivo "garantizar la universalidad en el acceso a los recursos y dispositivos existentes (...) y de la potenciación de los programas de promoción de la autonomía personal". Así, como "potenciar la asistencia ambulatoria, la atención en el domicilio para prestar servicios dentro del espacio sociosanitario, optimizando así los recursos disponibles".

En este sentido, en relación a la atención sociosanitaria de la región se afirma que el modelo actual "que conjuga atención social y sanitaria, tiene como principios básicos el garantizar la universalidad en el acceso a los recursos y dispositivos existentes, en condiciones de igualdad efectiva y de no discriminación, y la potenciación de los programas de promoción de la autonomía personal, con el objeto de evitar la aparición o el agravamiento de las situaciones de dependencia; la

priorización de la atención comunitaria frente a la atención residencial, posibilitando la permanencia de la persona en su domicilio y entorno habitual; la calidad, sostenibilidad y accesibilidad de los servicios de atención a las personas con discapacidad y en situación de dependencia y la atención de forma integral e integrada a las personas con discapacidad o en situación de dependencia, sea por causa física, sensoriales, psíquicas o mentales”.

Además, se desarrollan diferentes programas y líneas de actuación específicas como la atención a la discapacidad, a la dependencia o los cuidados paliativos que contemplan la atención domiciliaria de los equipos profesionales respectivos.

Finalmente, para el tratamiento e intervención específico de algunas patologías, como por ejemplo la EPOC, se incluyen objetivos y actividades específicos de potenciación del uso de las TICs (telemedicina o el desarrollo de una plataforma de gestión integral de atención domiciliaria).

Galicia

La estrategia SERGAS 2020 pretende integrar todos los programas que se vienen desarrollando en los últimos años bajo un modelo coordinado e innovador, orientado a incrementar la calidad y seguridad en la atención a los pacientes crónicos, la satisfacción de los enfermos y la implicación de todos los profesionales.

La barrera y limitaciones con las que se encuentra la comunidad gallega son su situación demográfica, con un alto grado de dispersión que lo demuestran sus 113 municipios, y el alto grado de longevidad de su población. Actualmente las personas mayores de 65 años suponen el 25,2% de la población y según el Instituto Gallego de Estadística (IGE) prevé que en 10 años pueda llegar hasta el 31,4%. Esta situación hace necesaria una adaptación organizativa del sistema sanitario hacia una nueva realidad. Se hace precisa la puesta en marcha de nuevas dinámicas que favorezcan una atención sociosanitaria integral, con una visión global de las personas y una perspectiva temporal amplia.

Para hablar de atención domiciliaria, en la comunidad gallega podemos buscar las referencias en los siguientes planes: La Estrategia gallega para la atención a personas en situación de cronicidad¹⁷, el Plan gallego de Atención primaria 2019-2021¹⁸, y el Plan gallego de hospitalización a domicilio 2019-2021²¹ y la Estrategia SERGAS 2020⁹.

Estos planes cuentan con nuevas dinámicas que precisan de una atención de equipos interdisciplinares tanto sanitarios como sociales y con la participación del paciente y también de su entorno más inmediato. Con estas estrategias por ejemplo se pretende evitar la progresión de la cronicidad hacia estadios más complejos, aumentar la calidad y la seguridad asistencial y mejorar la satisfacción de los pacientes, las familias y cuidadores, así como de los profesionales responsables de su atención.

Para el desarrollo de la estrategia se cuenta con las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) que han de construir la historia clínica electrónica por paciente, incorporando módulos de prescripción, elementos de ayuda en la toma de decisiones, la integración de los tratamientos y la protección de la seguridad clínica. La evaluación de las TIC será necesaria para desarrollar nuevas estrategias de relación entre profesionales y pacientes. Estas relaciones han de tener su base en el impulso de los autocuidados, de un paciente más informado y con mayor autonomía.

Los objetivos referentes a la atención domiciliaria y a las TIC's, las podemos resumir en las siguientes estrategias.

- Fortalecimiento de la atención primaria

- Reorganizar la enfermería de AP, fomentando la atención domiciliaria. Fomentar una cultura preventiva más proactiva con cuidados domiciliarios que fomenten la prevención y la atención sanitaria, minimizando las recaídas de sus procesos crónicos, siempre coordinados con el resto de los profesionales.
- Acercar el tratamiento crónico a domicilio y/o a los centros más cercanos al paciente, utilizando los avances de cada especialidad.

- Coordinación atención primaria- atención hospitalaria

- Mejorar la coordinación entre niveles asistenciales fomentando el trabajo integrado entre ambos ámbitos asistenciales.
- Potenciar la teleasistencia, siendo el personal de enfermería los referentes de pacientes crónicos.
- Potenciar la hospitalización a domicilio garantizando así una asistencia de calidad en un entorno más amable para el paciente.
- Mejorar la coordinación sociosanitaria. La mayor parte de las enfermedades padecidas por personas mayores son crónicas y de larga evolución, por lo que necesitan evaluación periódica o ser hospitalizadas o

institucionalizadas, pudiendo ser realizada esta evaluación a nivel domiciliario a través de las TIC.

- Potenciar aspectos comunitarios, socializando la medicina, potenciando la implicación con las residencias de la tercera edad, los colegios, medios de comunicación, universidades...

La estrategia del SERGAS también potencia los aspectos sociosanitarios, el desarrollo de la salud comunitaria, la coordinación de servicios sociales con los de la sanidad y el diseño de procesos asistenciales integrales que no solo traten la enfermedad sino al paciente en su conjunto. Todas estas estrategias han de ser analizadas y evaluadas para tomar acciones eficientes en el tiempo, que realmente respondan a las necesidades de los pacientes y que a la vez sean sostenibles por el sistema.

Precisamente en aras de un mejor aprovechamiento de los recursos, la Estrategia del SERGAS desarrolla acciones que fomentan la prevención precoz de enfermedades crónicas, actuando sobre los factores de riesgo a través de la educación, el autocuidado y el empoderamiento del paciente, de la familia y de la comunidad.

Sobre la formación e información al paciente y su familia y/ o cuidadores, el SERGAS cuenta con un **catálogo de servicios para el establecimiento de un plan individualizado de atención integral** donde el paciente tenga el conocimiento de su enfermedad y el autocuidado para mejorar su calidad de vida y disminuir las reagudizaciones. Podemos citar entre otros los siguientes servicios:

- **Servicio de formación en paciente competente:** Formaciones ofertadas por la Escuela Gallega de Salud para Ciudadanos, donde pacientes, familiares y/o cuidadores aprendan habilidades, conocimientos que sirvan de soporte a la autogestión de la enfermedad.
- **Plataforma e-saúde:** Pretende aumentar los conocimientos sobre la propia enfermedad y la promoción de la salud, incrementando la corresponsabilidad en su autocuidado y su empoderamiento.
- **Servicios de información sobre las enfermedades por asociaciones de pacientes.**
- **Servicios para compartir experiencias y dudas** sobre una determinada enfermedad a través de asociaciones de pacientes con la

misma enfermedad que ofertan estos servicios a través de la plataforma E-Saúde.

- **Servicios de autoapoyo a pacientes y familiares.**

También cuenta con un catálogo de servicios asistenciales dirigidos a dar la mejor atención a los pacientes con enfermedades crónicas como: consulta presencial en el Centro de Salud, consulta telefónica de atención primaria, servicios de urgencias, atención domiciliaria de atención primaria prestado por servicios de atención primaria (SAP) que proporcionan cuidados sanitarios de intensidad y complejidad adecuada a los recursos disponibles, a pacientes que por sus condiciones físicas o psíquicas necesitan ser atendidos en el domicilio.

La Comunidad Gallega apostó fuertemente desde el inicio por el desarrollo de la hospitalización a domicilio, haciendo una gran inversión, alrededor de 30 millones de euros para el desarrollo del **Plan gallego de hospitalización a domicilio 2019-2023 (HADO)**. Plan que persigue una asistencia más humanizada e integral cuando los cuidados sanitarios han de ser más intensos y/o complejos que los habituales prestados en atención primaria. Se cuenta específicamente con equipos HADO, formados por un médico, dos enfermeras y un vehículo que atienden al 100% de la población gallega. Este servicio depende directamente de la Dirección Médica, y cuenta con su categoría profesional propia, de tal manera que se hacen convocatorias públicas de contratación para profesionales específicamente destinados a estos servicios. Este servicio se da los 7 días de la semana, las 24 horas al día para todos los gallegos.

Otro servicio para destacar dentro de nuestro informe es el teleseguimiento de pacientes crónicos a través de la **plataforma tecnológica TELEA**. El objetivo de esta plataforma es facilitar la permanencia del paciente en su domicilio y/o entorno, mejorar la capacidad resolutive de atención primaria. También previene el agravamiento/descompensación de patologías crónicas incrementando la satisfacción de pacientes y profesionales, entre otros. Esta plataforma se encuentra disponible en toda Galicia, después de haber pasado la prueba de diferentes pilotos tanto en hospitales como en atención primaria. Este servicio ha de ser solicitado desde la atención primaria u hospitalaria.

El programa Conecta 72, mejora la continuidad de cuidados de los pacientes tras el alta hospitalaria

a través de un sistema interactivo no presencial a través del uso de las TIC's. El profesional de enfermería de Atención Primaria efectúa una llamada telefónica a pacientes que fueron dados de alta hospitalaria en las 72 horas posteriores, para resolución de necesidades, inquietudes que puedan tener.

SER GAS móvil, es una app que sirve para que el paciente conecte por videoconferencia con tu médico de atención primaria, pudiendo elegir si hace consulta telefónica o videoconsulta. Este servicio está supeditado a que sea el profesional quien autoriza si acepta este tipo de consulta o prefiere que por la patología o situación del paciente sea de forma presencial.

Apoyo de servicios sociales a domicilio para actividades sanitarias. Los profesionales de ayuda a domicilio realizan actividades de apoyo a la asistencia sanitaria como es el control de la adhesión del paciente a la medicación prescrita, identificando precozmente las complicaciones y otras actividades similares. Este servicio mejora la calidad asistencial, garantiza la prestación farmacéutica de los usuarios residentes en centros sociosanitarios. Revisan la medicación, y hacen un seguimiento farmacoterapéutico individualizado bajo la responsabilidad de un profesional de farmacia de los centros asistenciales del Servicio Gallego de Salud.

También se están desarrollando **herramientas TICs enfocadas en los profesionales** que atienden a las personas en situación de cronicidad. Como herramientas consolidadas, no solo para profesionales sino para el acceso propio de los pacientes, está la **Historia Clínica Electrónica Única llamada IANUS, potenciada originalmente por el incendio del archivo de Historias clínicas de Pontevedra de 2004. IANUS contiene todo tipo de pruebas, informes... etc, desde el año 2004 de los pacientes. Todos los gallegos cuentan en su móvil con su historial clínico gracias a este desarrollo iniciado hace ya más de 20 años.**

Actualmente los profesionales cuentan también con herramientas de consulta sobre información farmacoterapéutica y prescripción electrónica y otros servicios que les permiten entre otros mejorar la calidad y eficiencia de la prescripción y apoyarles en su toma de decisiones.

Dentro del **Plan Gallego de Atención Primaria 2019-2021**, en su objetivo de aumentar el conocimiento de los pacientes sobre su enfermedad,

se desarrollan iniciativas que fomentan el empoderamiento del paciente y su relación digital con los equipos de atención primaria. Se está desarrollando una herramienta que posibilitará la inclusión de información de valor por parte del paciente en su carpeta personal de salud (PHR) desde la plataforma É-Saúde y así el profesional tendrá acceso a esta información a través de IANUS.

También se está desarrollando la acción de posibilitar un asistente personal (AVATAR) y un generador de alertas inteligente que aumente la autonomía del paciente y un sistema de motorización de los contactos digitales del paciente con el sistema de salud (CRM).

Se fomentará el conocimiento de las plataformas É-Saúde, SHARE, Gente con Vida, Portal Úlceras Fóra y otras ya existentes para que lleguen a la ciudadanía.

Dentro de este **Plan de Atención Primaria** también está el objetivo de mejorar la atención domiciliaria en atención primaria y proporcionar a los profesionales los recursos necesarios con el fin de agilizar y mejorar su accesibilidad. Una de las acciones a corto plazo para alcanzar este objetivo es la creación de la estructura de la **Dirección General de Asistencia Sanitaria, de una Subdirección General de Atención Primaria, una Subdirección General de Atención Hospitalaria, una Subdirección General de Farmacia y una Subdirección General de Gestión Asistencial e Innovación.**

Dentro de la Subdirección General de Atención Primaria, existe un Servicio de atención primaria al que le corresponde, entre otros, la definición implantación y actuaciones dirigidas a fomentar la atención domiciliaria e incrementar la accesibilidad y proximidad de las prestaciones sanitarias a la población en el ámbito de la atención primaria. Para conseguir este objetivo a corto plazo se promoverá la zonificación para la atención domiciliaria entre los servicios de atención primaria. Serán el jefe y el coordinador de servicio los que planifiquen la atención domiciliaria de manera compartida entre profesionales de un mismo centro e incluso con otros servicios de atención primaria. Como acción a medio plazo se conectarán los dispositivos de monitorización de los pacientes a TELEA (medidores de INR, bombas de insulina y medidores de glucosa) para que la información se descargue directamente en la historia clínica electrónica.

Respecto a la línea estratégica correspondiente al Plan de necesidades y priorización de estas, uno de

los objetivos es proporcionar a los profesionales los recursos necesarios con el fin de agilizar y mejorar la accesibilidad para la atención domiciliaria. Para conseguir este objetivo se planifican acciones a medio plazo como la tramitación desde áreas sanitarias una autorización municipal para el estacionamiento en las visitas domiciliarias o en las urgentes, así como espacios reservados para estacionamiento en los alrededores del centro de salud, siempre que sea posible. Como acción a largo plazo, se dotará a los profesionales de dispositivos electrónicos para la atención domiciliaria (tabletas, historia clínica móvil).

Respecto a marcos de colaboración que plantea el SERGAS, todo lo que sea **iniciativa conjunta de inversión innovadora, digitalización, tecnología en colaboración pública privada será bienvenida. La única limitación será la del personal de salud de estos servicios, deberán realizarse a través de personal del servicio gallego de salud.**

Como desarrollos futuros, se está pidiendo financiación a los Proyectos Next Generation para hacer la **octava área sanitaria**. Esta área se alojará físicamente en un edificio, pero no tendrá pacientes. Aportará **apoyo digital y telemático** al resto de las siete **áreas sanitarias**. Está pensada como un **área sanitaria virtual y transversal**. Desde allí se generarán todos los procesos de forma digital: recogida, análisis y proceso de datos. Los profesionales sanitarios, tendrán acceso a los informes que genere esta área.

El compromiso del SERGAS con la atención a la cronicidad y el reconocimiento expreso de la atención domiciliaria como una alternativa deseable, queda recogido tanto en la estrategia Sergas 2014 y 2020 cómo en la Estrategia Gallega para la Atención a Personas en Situación de Cronicidad. Además, la comunidad gallega cuenta con un indudable liderazgo tecnológico que está haciendo que la atención en el domicilio del paciente sea, cada vez más, una realidad.

Comunidad de Madrid

En 2014, Madrid presentó su **estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas**⁶³. Esta estrategia se está desplegando actualmente y marca una visión común para todo el sistema sanitario. Desarrolla un modelo de atención integral centrado en la persona como eje del sistema, poniendo en valor la necesidad de su papel activo y su participación en todo el proceso de salud-

enfermedad: en la toma de decisiones, en el cuidado de su salud y en la gestión de la enfermedad.

El Centro de Salud es el eje de la atención. Los profesionales de enfermería asumen el rol educador tanto para el paciente como el del cuidador, para facilitar la gestión de las necesidades en los casos más complejos y también los referentes hospitalarios que coordinan la atención de estos pacientes en este ámbito cuando así se requiera de forma integral e integrada **con los referentes en atención primaria**.

A lo largo de este documento, podemos comprobar cómo en el nuevo modelo de abordaje de cronicidad desarrollado en la **estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas**, tanto la atención domiciliaria como las nuevas tecnologías son ejes fundamentales a la hora de llevar a cabo actuaciones según el nivel de riesgo del paciente.

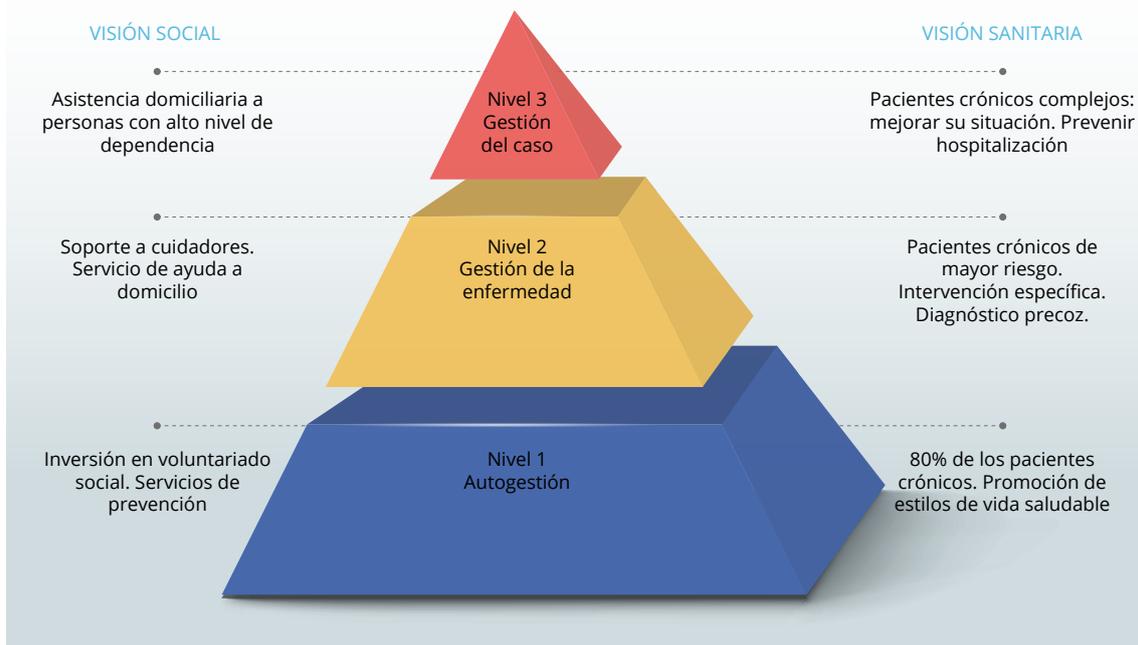
Las nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs), se han ido incorporando progresivamente en los últimos años y se ha visto potenciada por la crisis pandémica del coronavirus, facilitando a los sistemas de salud las intervenciones realizadas a distancia entre profesional sanitario y paciente. La teleasistencia y la telemonitorización domiciliaria, los sistemas de ayuda a la prescripción, los recursos web, la historia clínica informatizada y la receta electrónica son algunos ejemplos de herramientas de ayuda al seguimiento en estos pacientes atendidos en su propio domicilio.

Según este Plan estratégico, hay estudios que avalan, en relación a la teleasistencia y la telemonitorización domiciliaria en pacientes mayores de 60 años con patologías de tipo cardiovascular, diabetes, enfermedades pulmonares crónicas o enfermedad renal crónica, la reducción de la mortalidad, la hospitalización, el reingreso y la mejora de la calidad de vida

Los estudios sobre la eficacia de la **hospitalización a domicilio** para evitar los ingresos hospitalarios frente a la asistencia urgente hospitalaria tradicional concluyen que reduce de manera significativa la mortalidad en los primeros seis meses y también la estancia hospitalaria entre 5 y 13 días en caso de ingreso, lo que contribuye a la sostenibilidad del sistema y a la mayor satisfacción del paciente en general.

Las evidencias apoyan el cambio en el modelo de abordaje del paciente crónico. La base de este

PIRÁMIDE DEFINIDA POR EL KING'S FUND EN EL REINO UNIDO



modelo está en la estratificación de la población en diferentes niveles de intervención. Esto conlleva realizar una serie de actuaciones en la cartera de servicios y su necesaria actualización debido a que los avances científicos y tecnológicos de las ciencias biomédicas aumentan día a día. Es imprescindible que el sistema sanitario de respuestas más efectivas y eficientes para mantener la sostenibilidad del Sistema. Este nuevo modelo también supone la asunción de nuevas competencias profesionales, el rediseño de los servicios, y la existencia de herramientas que faciliten su implantación.

Para la estratificación de los pacientes crónicos, se ha tomado el modelo del King's Fund en el Reino Unido que realiza una adaptación de la pirámide de Kaiser, combinando la visión sanitaria y social como dos partes integradas de la atención que requiere el paciente.

La intervención se adapta a las necesidades de cada nivel de riesgo. Una vez que se establece la condición de cronicidad, la intervención varía según su complejidad.

La atención domiciliaria ha pasado de ser un servicio independiente a ser una intervención transversal que aplica a las personas que presentan un deterioro funcional grave y a los servicios donde se han contemplado criterios de buena atención para el nivel de intervención alto.

Dentro de la Estrategia, en los modelos de **abordaje de la cronicidad se potencia la atención domiciliaria y la hospitalización a domicilio como una alternativa asistencial cuando el paciente no precisa la infraestructura hospitalaria pero sí una vigilancia activa y asistencia compleja.**

Dentro del modelo asistencial, la Consejería de Sanidad ha creado la figura de los **directores de Continuidad Asistencial** y en algunos centros hospitalarios la del **especialista consultor en la gestión de continuidad de cuidados**, con numerosas rutas asistenciales entre la Atención Primaria y Especializada desarrollándose de forma sistemática los planes terapéuticos integrales para cada paciente.

Respecto a los sistemas de información podemos destacar el cuadro de mando eSoap que facilita el procesamiento de información estableciendo unos indicadores clínicos que en el ámbito de la AP están muy desarrollados. El visor HORUS permite compartir información entre Atención Primaria y hospitales. También se garantiza a través del CIPA, la identificación inequívoca del paciente. A través del SCAE, sistema de cita para la atención especializada, permite que la información clínica de la interconsulta viaje al especialista.

El papel de los pacientes o de sus cuidadores, en caso de que estén en situación de dependencia, está

cobrando gran relevancia en estos últimos años. Potenciar su empoderamiento y la responsabilidad hacia el autocuidado forma parte de uno de los objetivos de este Plan Estratégico. En este sentido las nuevas tecnologías cobran una especial relevancia al permitir por ejemplo que el paciente tenga acceso a su historial de salud de atención primaria y especializada. Actualmente se está trabajando en el desarrollo de la carpeta virtual de salud del paciente, donde podrán consultar resultados, pruebas... etc.

Para reforzar este concepto de humanización de la salud, en Madrid existe **la Escuela Madrileña de Salud**, desde la que se da formación continua para ayudar a los cuidados y gestión de la enfermedad crónica entre otros.

El mayor problema para el desarrollo de la Atención Domiciliaria tiene que ver con la insuficiencia de Recursos Humanos para poder hacer una gestión adecuada del paciente en el domicilio y la necesidad de un mayor desarrollo tecnológico para poder monitorizar pacientes o hacer cualquier tipo de tecnología de seguimiento que pueda quedar reflejada directamente en la historia clínica.

Desde la Consejería de Sanidad se establecen marcos de colaboración con la Consejería de Políticas Sociales y con la Coordinación Sociosanitaria. También colaboraciones con la parte asistencial y también colaboraciones público-privadas buscando alianzas que eventualmente podría ayudar en muchos casos a que hubiera inversiones y se pudiera mejorar, por ejemplo, a través de Asociaciones de Pacientes para la mejora de determinados perfiles de pacientes crónicos domiciliarios.

La Comunidad de Madrid hace una apuesta clara por seguir potenciando la atención domiciliaria. La búsqueda de modelos que puedan ayudar a personalización de la atención, con tecnología que sirva para que los pacientes no tengan necesariamente que desplazarse a urgencias ni a un centro de salud y puedan ser atendidos en el sitio más adecuado respecto a su dolencia y a sus necesidades.

Respecto a inversiones previstas, a través de los fondos europeos del Plan de recuperación, la Comunidad de Madrid quiere seguir apostando por la atención domiciliaria sobre todo en innovación y tecnología. No hay que olvidar que el futuro de la hospitalización a domicilio requiere de una estructura humana y de servicios que todavía se encuentra en fases muy previas.

Algunos hospitales tienen un modelo colaborativo que evita que los institucionalizados vayan al hospital sin consulta previa. Los geriatras se acercan a las residencias a dar formación, a ver casos conjuntos, etc.

No podemos dejar de hablar de la Atención domiciliaria sin mencionar el Plan Integral de cuidados paliativos de la Comunidad de Madrid 2017-2020⁵⁶, con el que la Consejería de Sanidad trata de dar respuesta a las necesidades de atención paliativa de los pacientes de manera eficaz y eficiente. En lo que se refiere a cuidados paliativos, la Comunidad de Madrid lidera el ranking nacional, pues dispone de una desarrollada red de Atención Primaria, de urgencias a través del SUMMA112, de Atención Hospitalaria y de unidades específicas de Cuidados Paliativos para la atención tanto de pacientes adultos como pediátricos en todos los ámbitos asistenciales, domiciliario y hospitalario, así como de atención paliativa continuada 24 horas.

En concreto, la atención domiciliaria, la prestan a través de su ya consolidada Unidad de Atención Paliativa continuada **Pal24** quienes realizan las visitas domiciliarias a los pacientes cuando la situación lo requiere, siendo este servicio, el responsable de la gestión centralizada de los ingresos en la Unidad de Cuidados Paliativos de Media Estancia.

Actualmente la Comunidad de Madrid dispone de 11 Equipos de Soporte de Atención Paliativa Domiciliaria (ESAPD) de titularidad pública y 5 Unidades de Cuidados Paliativos Domiciliarias (UCPD-AECC) concertadas con la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC). Su ámbito de actuación es el domicilio de los pacientes, realizando la valoración de las necesidades paliativas integralmente en todas sus dimensiones y gestionando la respuesta más adecuada para su resolución.

Región de Murcia

El último Plan de Salud de la Región de Murcia, el de 2010-2015⁷, se hace referencia a la "introducción de actividades específicas de prevención y detección de problemas del anciano y atención domiciliaria a personas inmovilizadas en todos los centros de atención primaria." Por otro lado, en la atención específica a las personas mayores se incluye como actuación el "refuerzo de la asistencia domiciliaria mediante Unidades de Hospitalización a Domicilio y las Unidades de Cuidados Paliativos".

Finalmente, se apuesta por la teleasistencia y la ayuda a domicilio para reducir el impacto de la discapacidad para personas en situación de dependencia²⁸.

Comunidad Foral de Navarra

El III Plan de Salud de Navarra 2014-2020³⁸ es el instrumento de planificación de salud concebido como eje central de la Gestión Clínica, no solo para sanitarios sino también para los gestores. A través de él se establecen las prioridades de intervención que se ven reflejados en un conjunto de Programas de Salud, con responsabilidades bien definidas y objetivos concretos asignados a indicadores medibles que permitan evaluar y medir la eficacia y eficiencia de sus actuaciones.

En este Plan se han seleccionado doce Estrategias de Salud Clave priorizando la promoción de intervenciones integrales con una concepción biopsicosocial. Resulta crucial promover una nueva concepción de salud pública a través de políticas interdepartamentales, y con la colaboración con otros sectores y agentes de la comunidad según indica la Declaración de Adelaida como parte de un proceso mundial de desarrollo y fortalecimiento de la estrategia de integración de la Salud en Todas las Políticas.

Dentro del desarrollo del Plan Estratégico y tras un amplio proceso participativo, el Gobierno de Navarra aprobó en agosto del 2013 la "Estrategia Navarra de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos". Este proyecto, calificado de máxima prioridad estratégica por el del Departamento de Salud, ha logrado concitar un amplísimo consenso tanto social como profesional y se encuentra en fase de implantación.

Como objetivos generales podemos destacar la disminución de la discapacidad y promover la autonomía personal, mejorar la salud percibida y calidad de vida relacionada con la salud, el fomento del empoderamiento y el autocuidado de la salud, entre otros. Todo ello en el marco de la sostenibilidad y teniendo muy presente la evaluación de los resultados.

Como indicadores medibles en el área de la atención domiciliaria destacamos como ejemplo:

- Que el 60% de Zonas Básicas cuenten con un Programa de Atención Sociosanitaria domiciliaria y un Comité de Coordinación Sociosanitaria.
- Incrementar el 100% los ingresos que se realizan en hospitalización a domicilio y hospitalización de día.
- Incrementar los servicios de convalecencia y rehabilitación domiciliaria y residencial en el entorno y reducir las estancias hospitalarias por convalecencia y/o rehabilitación.

El Desarrollo TIC, tiene que ver con acciones encaminadas al desarrollo de la Historia Clínica Sociosanitaria, la Historia Clínica móvil, Tele-Ictus, Tele-IAM y la Tele-espirometría.

El Plan de Salud de la Comunidad Foral de Navarra, destaca la necesidad de nuevas estructuras de coordinación orientadas al paciente, ya que la especialización y la división de tareas, aunque ha mejorado su calidad técnica, ha traído como consecuencia el aumento de la complejidad de los procesos y circuitos asistenciales haciéndose necesario que las estructuras asistenciales tengan

ESTRATEGIAS DE SALUD PRIORIZADAS

Prevención y Promoción Infantil y Adolescente	Promoción de la Salud y Autocuidados en Adultos	Atención a la Discapacidad y Promoción de la Autonomía
Prevención y Atención al Cáncer	Prevención y Atención en Salud Mental	Atención a al Demencia y otras Neurodegenerativas
Atención a las Urgencias Tiempo Dependientes	Prevención y Atención a Enfermedades Vasculares y Diabetes	Prevención y Atención a Enferm. Respiratorias
Atención a Pacientes Pluripatológicos	Cuidados Paliativos y Dolor	Seguridad del Paciente

una orientación clara al paciente. Una estructura matricial podrá incrementar la visión global del proceso de atención al paciente, teniendo una clara orientación a resultados finales. Para generar esta nueva estructura será necesario reforzar e impulsar la personalización de la atención y desarrollar estructuras de carácter multidisciplinar como la Hospitalización a domicilio y la Historia Sociosanitaria.

Hospitalización a domicilio: La Hospitalización a domicilio ha de ampliar su cobertura territorial para al menos para cubrir a un 90% de la población y de esta manera incrementar notablemente la calidad técnica, el confort y satisfacción de muchos pacientes. Para ello se precisa la readaptación de la estructura del Servicio, adecuando las indicaciones y perfiles de pacientes y estableciendo distintos niveles y modalidades asistenciales que puedan garantizarse en función de la isócrona. También se podrá facilitar el acceso directo al Servicio de Hospitalización de Día desde la Atención Primaria en pacientes descompensados, siempre que su estado no requiera asistencia urgente propia de estos Servicios.

Historia Sociosanitaria: Se hace necesario, tal y como recomienda el Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales en su informe sobre el desarrollo de la Atención Sociosanitaria en nuestro país, una Historia Sociosanitaria compartida que garantice una atención integral a los pacientes que requieren una atención compartida con estos servicios, como por ejemplo: Niños en situación de alto riesgo, enfermos mentales, ancianos frágiles, pacientes dependientes, crónicos severos, paliativos... etc.

En marzo de 2018 se elaboró un **informe que evaluaba la estrategia Navarra de Atención Integrada a pacientes pluripatológicos a los dos años de implantación del plan**³⁵. Como conclusiones podemos destacar:

- Mejora en la reducción de urgencias hospitalarias, así como una tendencia a la reducción en ingresos hospitalarios urgentes que se incrementan en el grupo de control. El incremento de Coste del Paciente Medio es un 11,9% menos en el grupo intervención, demostrándose una menor eficacia en mujeres que en hombres. En ingresos hospitalarios urgentes y urgencias hospitalarias se objetiva un menor gasto en el programa implantado en comparación al modelo tradicional.
- Se produce un incremento en la utilización de recursos sanitarios en atención domiciliar de AP, en ingresos programados, hospitalización a domicilio y hospital de día de crónicos y se reduce la utilización de recursos sanitarios en urgencias,

consultas de AE y hospitalizaciones urgentes.

- Hay una mejoría significativa en la percepción de paciente de la continuidad asistencial al alta hospitalaria y una percepción positiva del programa por parte de los profesionales implicados en la atención.
- Este desplazamiento producido en el tipo de recursos sanitarios utilizados en la atención a pacientes pluripatológicos complejos, coherentes con los objetivos planteados en el estudio, puede contribuir a una reducción de la fragmentación asistencial del modelo tradicional, al centralizar la atención en el ámbito hospitalario con un especialista de referencia como único referente en AE, a dar una respuesta precoz a las descompensaciones y a empoderar a AP con apoyo desde AE a través de vías alternativas al modelo tradicional que mejoran la comunicación entre profesionales.
- El objetivo fundamental en las estrategias de atención a pacientes pluripatológicos complejos es mejorar o al menos no empeorar, la calidad de vida de pacientes, familiares y personas cuidadoras.

De acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio, se hace necesario llevar a cabo análisis de sensibilidad con diferentes grupos control, análisis de las diferencias de resultados por género, realizar estudios periódicos de valoración de Calidad de Vida Relacionada con la Salud que permitan valorar el impacto en calidad de vida y estudios coste-utilidad del programa, así como estudios que permitan conocer en mayor profundidad el cambio en la utilización de servicios sanitarios en pacientes crónicos complejos y que contribuyan a una reorganización de los sistemas de salud.

País Vasco

El propósito principal del Plan de Salud 2013-2020¹³ puesto en marcha por el Gobierno Vasco busca mejorar los resultados y la eficiencia de las políticas públicas en términos de equidad, bienestar y salud para las personas. Contempla un total de 35 objetivos y 146 acciones específicas.

El plan se divide en 5 áreas. Tanto el Área 1 como el área 5 son transversales a todo el plan incorporando la salud y equidad a todas las políticas públicas y fomentando un estilo de vida saludable a través de la colaboración intersectorial tanto del ámbito local como del comunitario.

El resto de las áreas centra su foco en los siguientes colectivos prioritarios:

- **Personas con enfermedad**, haciendo hincapié en la atención a la cronicidad y a la dependencia.
- **Personas mayores**, promoviendo un envejecimiento activo saludable y el mantenimiento de su autonomía y garantizando la **continuidad de sus cuidados en su propio entorno**.
- A **niños, niñas, adolescentes y jóvenes** en aras de garantizar su desarrollo óptimo y saludable, reforzando sus competencias respecto de su salud, para que adopten decisiones saludables y seguras.

El área de las **personas con enfermedad** incluye objetivos y acciones curativas, rehabilitadoras y paliativas, dirigidas a las personas con patologías como cáncer, enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedades respiratorias crónicas, trastornos mentales, enfermedades transmisibles. Los objetivos y acciones del área resaltan los elementos que tienen que ver con una visión integradora de la ruta asistencial, con ofrecer un servicio de calidad a las personas a través de la coordinación de los distintos niveles asistenciales y la personalización de los procesos de rehabilitación, priorizando en el entorno habitual de la persona enferma cuando sea posible.

Dentro de las acciones relacionadas con esta área, destacamos dentro del tema de nuestro estudio sobre Atención Domiciliaria, la promoción de entornos virtuales y consultas no presenciales que favorezcan el cuidado del paciente en su entorno habitual y respetando su voluntad y preferencias.

El área de **personas mayores y la promoción de un envejecimiento saludable, persigue favorecer el envejecimiento activo** con intervenciones centradas en mantener la autonomía de las personas. Se proponen mecanismos para una valoración integral, una gestión interdisciplinar y la formación en el uso de las **nuevas tecnologías**.

Las acciones relativas a la atención domiciliaria que destacamos son:

- La promoción del acercamiento de **nuevos servicios de proximidad al domicilio** de las personas reforzando el **apoyo a las familias cuidadoras** a través de una **asistencia profesional a domicilio** que asesora y resuelve sus dudas sobre los cuidados.
- Promoción de una asistencia sociosanitaria

adecuada de las personas mayores mediante la **gestión interdisciplinar** de caso para **personas dependientes y frágiles**.

- Desarrollar e implantar la **historia clínica sociosanitaria y la promoción de equipos de atención sociosanitaria integrada**.
- Potenciando la **rehabilitación en el entorno comunitario**.
- Establecer una **cartera de servicios tecnológicos** a ofrecer a la persona mayor en su entorno habitual de residencia con criterios de sostenibilidad y equidad en la financiación.
- **Coordinación entre profesionales de servicios sociales y de salud** para conseguir una atención personalizada tanto en personas mayores como discapacitadas.

Dentro del Marco Estratégico 2021-2024 del Departamento de Salud del País Vasco¹⁴ se seguirán potenciando las políticas que consoliden un sistema vasco de salud público de calidad, universal y de excelencia:

- Impulsando y reforzando la Atención Primaria
- Promocionando y consolidando el sistema de salud pública
- Mejorando la calidad de vida de las personas a través de la coordinación sociosanitaria
- Desarrollando un ecosistema propio de investigación e innovación en salud.

La Rioja

La Comunidad Autónoma de la Rioja cuenta con un **Plan Estratégico de Innovación Sanitaria²⁷** que recoge los objetivos para la innovación en Salud durante el **periodo 2017-2022** realizado bajo la coordinación de la **Fundación Rioja Salud**, recibiendo en 2018 el Premio al Proyecto Europeo más innovador en el VIII Congreso Nacional de Innovación y Servicios Públicos (CNIS).

Este plan fue concebido para asegurar un sistema sanitario público sólido que dé respuestas a las necesidades reales de los pacientes y a los nuevos retos en salud, con el objetivo de ofrecer un mejor cuidado y calidad asistencial a los pacientes preservando y mejorando el Sistema Público de Salud de la Rioja.

Los objetivos estratégicos de este plan se centran en:

- **Fortalecer al paciente** en el cuidado de su salud mediante actuaciones en materia de **prevención**.
- **Evolucionar hacia un sistema** que contemple

todos los condicionantes del **entorno del paciente**, tanto a nivel sanitario como social y emocional.

- Mejor **aprovechamiento de los recursos** y en la mejora de la seguridad de las actuaciones
- Dotar al **sistema de un sistema de innovación abierto y sostenible** en el tiempo.

El modelo por el que aboga este plan estratégico de la comunidad riojana, está centrado en el paciente, garantizando la **integración completa de todos los ámbitos asistenciales**, desarrollando escenarios comunes de trabajo y potenciando el **amplio abanico de tecnologías** para la salud actualmente disponibles.

Destacan como puntos de **mejora la calidad asistencial del paciente crónico**, por su alta prevalencia y evolución creciente y las consecuencias tanto en la calidad de vida de las personas afectadas, como los efectos que ocasionan a nivel económico, psicológico y social en las familias y su entorno. Todo ello redundará en un nuevo modelo relacionado con el tratamiento de los enfermos crónicos, a través del **reforzamiento de la atención domiciliaria y de sistemas de monitorización selectiva**, como parte de los nuevos procesos de seguimiento del enfermo. Este modelo estará completamente integrado y centrado en el paciente, de tal manera que simplificará y mejorará la relación con el amplio abanico de profesionales que se ocupan del cuidado de la salud.

En su estudio se perfila **un nuevo modelo de Sanidad** de la mano de la denominada **e-Salud** que supondrá la revolución más importante en este campo. Gracias al uso de las TIC se mejorará la eficiencia del Sistema acometiéndose profundos cambios estructurales basados en la homogenización de procesos, y el uso de tecnologías adaptadas a los problemas reales.

Dentro del plan estratégico contemplan la frecuente coincidencia de varias enfermedades crónicas en los pacientes, lo que obliga a los sistemas de salud a un cambio en el modelo asistencial, pasando de ser puramente reactivo ante las reagudizaciones y con mínima atención en las fases de estabilidad de la enfermedad, hacia un **modelo preventivo de cuidado continuo y detección precoz de descompensaciones**, con implicación directa del paciente y cuidador en el seguimiento y control.

La **Telemedicina** usará etiquetas de identificación por radiofrecuencia, tecnología que facilitará la

localización del paciente en tiempo real y servirán para la transmisión de datos clínicos del paciente, de manera que pueda proporcionársele asistencia casi instantánea ante situaciones de riesgo. También se prevé la existencia de bio-sensores, que implantados en el enfermo sean capaces de detectar, analizar y transmitir datos sobre su estado de salud en tiempo real.

Estos sistemas de notificación de alertas podrán activar automáticamente equipos sanitarios móviles en situaciones críticas que supondrá una revolución en relación con los puntos de asistencia sanitarios.

La **Agenda Digital de la Rioja 2020** reconoce como obvia la transformación continua que las TIC están provocando en la sociedad. Vemos cómo van apareciendo nuevas formas de interrelación entre las personas y nos encontramos con que los modelos de negocio de las empresas o **los servicios que prestan las administraciones públicas** no sólo tienen la obligación de ser **adaptados**, sino que en muchas ocasiones deben ser **reinventados**.

El objetivo definido en la agenda digital en el ámbito socio-sanitario recoge la necesidad del buen uso de los recursos TIC en beneficio de la salud de la sociedad teniendo como una de sus iniciativas el **enfoque a los enfermos crónicos**, a través de **iniciativas tecnológicas** que mejoren la calidad de vida de los pacientes crónicos y la eficiencia en el tratamiento. Proyectos como: Uso de dispositivos portables, comunicación multicanal, virtualización de las consultas, etc. **Avanzar en la auto-prevención en la salud del ciudadano y una mayor tele-asistencia**.

También se resalta el **esfuerzo en digitalización de Rioja Salud** a través del proyecto de Historia Clínica Electrónica que se ha venido desarrollando en los ámbitos de Atención Especializada y Atención Primaria durante estos años. A través de la **App Rioja Salud**, se generó un espacio de comunicación desde donde el ciudadano puede realizar diversos trámites con la administración, como la citas médicas, gestiones con la tarjeta sanitaria, acceso a vacunaciones, salud bucodental, libre elección de médico, visor de espera quirúrgica, etc. Además de tener acceso a información clave para su asistencia en cualquier instante y en cualquier lugar del mundo, como informes clínicos, pruebas diagnósticas, receta electrónica... etc.

Tanto el **III Plan de Salud, como la Estrategia de Atención al Paciente Crónico de la Rioja**,

hacen referencia a los cambios demográficos experimentados en las últimas décadas que están provocando un aumento notable en costes asociados al cuidado de los pacientes, por lo que el **objetivo de sostenibilidad** es ineludible a la hora de plantear **estrategias de actuación en el ámbito socio-sanitario** en general y en el de la cronicidad en particular.

10.3. LA ECONOMÍA DE LOS CUIDADOS EN LOS PLANES DE RECUPERACIÓN DE LAS CCAA (FONDOS NEXT GENERATION EU)

En este Anexo se extractan los programas o políticas relacionados con la economía de los cuidados y la atención domiciliaria en los Planes de recuperación de las CCAA

Andalucía

I Plan Estratégico Integral para Personas Mayores en Andalucía 2020-2023

<https://www.juntadeandalucia.es/boja/2020/221/12>

<https://solidaridadintergeneracional.es/files/biblioteca/documentos/estudio.pdf>

PROGRAMAS ECONOMÍA DE LOS CUIDADOS Y ATENCIÓN DOMICILIARIA.

Impulso del plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia para las políticas vinculadas a las **personas mayores, al ser este colectivo uno de los ejes prioritarios de actuación de los Fondos Next Generation** a través de los proyectos de transformación de la economía de los cuidados.

Estas inversiones permitirán profundizar y adelantar los cambios recogidos en el **Primer Plan Estratégico Integral para Personas Mayores en Andalucía 2020-2023**, que a partir de ahora incorporará un comité científico-técnico para avanzar en la defensa, estudio de la realidad y la protección de las personas mayores en Andalucía. Este comité proporcionará trabajos avalados científica y jurídicamente que permitirán no solo elaborar nuevas normas, sino también controlar el cumplimiento de las ya existentes en todo lo que afecte a los derechos de nuestras personas mayores.

Los fondos Next Generation, junto con el presupuesto a largo plazo de la UE, representan una inyección para impulsar proyectos de valor

estratégico en el ámbito de los servicios sociales.

En este sentido la atención a las personas mayores y las personas dependientes centrará el grueso de las inversiones proyectadas en Andalucía con cargo a los fondos europeos hasta 2023. Serán **323 millones** de euros en una línea de actuación que se ha denominado Andalucía más cercana, y que incluye iniciativas como la creación de Centros de Cuidados Intermedios para personas a partir de 50 años potencialmente dependientes; un nuevo enfoque del servicio de ayuda a domicilio o la implantación de un nuevo modelo de cuidados de larga duración cuya base de actuación sea el domicilio de la persona y su comunidad.

Iniciativas para potenciar y adelantar este nuevo modelo de atención de proximidad, basado en la persona y sus necesidades. Estos proyectos con cargo a los fondos Next se complementan con la creación de 1.565 nuevas plazas, y la reforma y modernización de las infraestructuras y equipamientos de los centros de servicios sociales, tanto los residenciales como los centros de participación activa, puestas en marcha ya en el marco del Plan Integral de Atención a las Personas mayores.

Perspectiva integral

La Consejería de Igualdad ha puesto en marcha una web con el objetivo de dar mayor difusión a las medidas incluidas en el Plan Estratégico, la herramienta con la que Andalucía ha ordenado el conjunto de las políticas públicas destinadas a promover el bienestar de los y las mayores desde una perspectiva integral, preventiva y sostenible en el ámbito sanitario, de servicios sociales, cultural, deportivo, de ocio, urbanístico y asociativo. Dicho plan transversal, dotado con **164,5 millones** de euros, se articula en torno a cinco líneas de acción: prevención de la dependencia, atención a la dependencia, atención a personas mayores con especial vulnerabilidad, fomento del buen trato y lucha contra la soledad no deseada.

Asimismo, el plan incluye medidas sobre la implementación de programas para incrementar la práctica de ejercicio físico, agilizar la prestación de los servicios sociales, mejorar la atención al colectivo LGTBI, reducir el porcentaje de personas mayores que sufren soledad no deseada, mejorar la empleabilidad de los mayores de 55 años o reducir el riesgo de pobreza.

Aragón

PROGRAMA: ESTRATEGIA ARAGONESA PARA LA RECUPERACIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA.

Documento elaborado con anterioridad al España Puede.

<https://transparencia.aragon.es/sites/default/files/documents/estrategiaaragonesarecuperacionsocialeconomica>.

PROGRAMAS ECONOMÍA DE LOS CUIDADOS Y ATENCIÓN DOMICILIARIA.

2.2 SERVICIOS SOCIALES

73. Reforzar el Servicio de Ordenación de Servicios Sociales.

74. Abrir un debate sobre el tema de los cuidados de mayores y la financiación de la Dependencia. Mejorar de las retribuciones de los trabajadores de los Centros residenciales.

76. La COVID-19 nos ha demostrado la importancia de la coordinación entre el Departamento de Sanidad y los Centros residenciales. Una coordinación que se debe mantener e incrementar.

77. Incrementar las prestaciones vinculadas al servicio de la dependencia y agilizar su efectividad, así como la reducción de las listas de espera. Adecuar las ratios de personal y demás condiciones de las residencias de Aragón a la realidad actual, lo que deberá ir acompañado de un incremento presupuestario.

79. Garantizar la financiación necesaria para dar respuesta a la demanda de plazas residenciales de personas mayores, bajo criterios de calidad del servicio y calidad del empleo.

80. Plan especial de ayudas para las entidades sociales de la discapacidad en todos sus ámbitos así como para talleres ocupacionales.

82. Cambiar la tendencia del modelo residencial macro al modelo residencial micro con servicios complementarios.

Los modelos de diferentes escalas impulsarán la creación de empleo.

83. Es preciso asimilar que las residencias no son espacios hospitalarios, propiamente dichos, sino centros en su mayoría de convivencia, que están habitados por personas vulnerables. Debe haber una mayor comunicación entre el hospital y las residencias, aunque "sin convertir estos centros en pequeños hospitales".

84. El reforzamiento del sistema de atención a los mayores solos.

85. Reorganizar la coordinación entre el sistema sanitario y de servicios sociales, especialmente en el ámbito residencial, de forma que se entienda que los residentes son, y lo son, ciudadanos con derecho a la asistencia universal y gratuita del sistema, siendo personas que deben estar bajo el cuidado sanitario del sistema de salud, mejorando aquí la supervisión y tratamiento médico de los residentes.

86. La puesta en marcha de un Plan de Recuperación Social y Económica para contrarrestar y corregir el impacto de la pandemia generada por la COVID-19 deber tener como eje de intervención a las personas, y como objetivo que nadie se quede atrás. Para ello será necesario poner en marcha servicios y prestaciones dirigidas a los colectivos más vulnerables.

87. Ampliar el servicio de Ayuda a Domicilio teleasistencia, tanto en tiempo de atención como en el número de beneficiarios/as.

88. Revisar y actualizar las plazas residenciales para cubrir la lista de espera para dependientes grado II y grado III.

89. Desarrollar una auditoria que posibilite un análisis de la situación y funcionamiento de los centros. Control de la pandemia en los centros de mayores, residencias o centros de día.

90. Recuperar de manera urgente las valoraciones del grado de discapacidad y de dependencia, por lo que deberá reforzarse el personal para agilizar las valoraciones Revisión de dotación de las prestaciones vinculadas al servicio para la dependencia.

Principado de Asturias

MAPA DE ESTRATEGIAS DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

https://www.asturias.es/documents/217090/556240/mapa_estrategias_2021.pdf/55abba73-7cfe-62ef-6d2f-de2a9b2a783a?t=1620798893797

PROGRAMAS ECONOMÍA DE LOS CUIDADOS Y ATENCIÓN DOMICILIARIA

Una sociedad asturiana sana, longeva y con calidad de vida es el horizonte. Hemos de orientar el modelo hacia (i) una adecuada atención de las necesidades de la ciudadanía, con independencia de su pertenencia al mundo urbano o rural, (ii) la anticipación de los retos futuros, (iii) el refuerzo de la estructura sanitaria y de salud pública para garantizar una rápida capacidad de respuesta, (iv) la investigación biosanitaria y (v) la instrumentalización de la ciencia, la tecnología y la estrategia de datos, al fin último de lograr una salud pública de hierro.

La economía de los cuidados, la atención sociosanitaria, los nuevos modelos de atención, la calidad alimentaria, la producción ecológica o la mejora de los catálogos prestacionales de atención a la longevidad, son orientaciones sin las que la visión de la salud participará de un anacronismo que es, precisamente, lo que pretendemos evitar. En esta línea entronca un modelo que impulse la dignificación, profesionalización y mejora de las condiciones sociolaborales de las trabajadoras del sector de cuidados (tanto en atención a mayores y dependientes como atención de menores), un sector precarizado y altamente feminizado.

El Modelo de Atención Residencial en Asturias (MARES), un modelo centrado en la persona, constituye una verdadera estrategia en el campo de la atención a nuestros mayores pues supone una transición a un nuevo modelo que afecta tanto a la calidad y forma de atender, como a la necesidad de modificar infraestructuras y espacios.

Consejerías implicadas:

- Consejería de Salud
- Consejería de Derechos Sociales y Bienestar

Estrategias:

- Estrategia de Atención Primaria (CS)
- Plan de Salud (2020-2030)
- Plan de Asturias de Medio Ambiente y Plan socio sanitario Plan de Salud Mental (CS)
- Estrategia de seguridad del paciente (CS)
- Plan de Coordinación Sociosanitaria (CD)
- ESTRENA (Estrategia Asturiana de Envejecimiento Activo) 2018-2021 (CD)

Objetivos:

1. Mejorar la resiliencia del sistema sanitario y su capacidad para afrontar crisis sanitarias.
2. Incrementar la inversión en tecnologías que permitan mejorar la accesibilidad, en especial aquellos pacientes y usuarios residentes en zonas rurales.
3. Mejorar la coordinación en la atención de los pacientes en los diferentes niveles asistenciales, atención primaria y atención hospitalaria, así como la coordinación socio sanitaria.
4. Digitalizar y explotar la historia clínica: Implantar herramientas de análisis masivo de datos anonimizados contenidos en historia clínica electrónica, con el objetivo de mejorar las decisiones clínicas, gestoras y la investigación biosanitaria.

7. Mejorar la comunicación entre niveles asistenciales para minimizar riesgos, garantizar seguridad y agilizar la asistencia.

10. Extender el modelo de Consultas Virtuales Colaborativas, la teleasistencia y la videoconsulta en toda la organización, implantar sistemas de monitorización de pacientes crónicos en zona rural.

12. Garantizar disponer de sistemas de integración y análisis de datos que garanticen la monitorización y seguimiento de los procesos con indicadores fiables que permitan una rápida toma de decisiones.

14. Mejorar la calidad de vida innovando en los cuidados de larga duración, incluyendo la alimentación. 15. Incrementar la inversión en tecnologías para el envejecimiento activo y teleasistencia terapéutica. 16. Mejorar y desarrollar un modelo para la atención en materia de Salud mental.

21. Promover el envejecimiento activo en el entorno habitual frente al modelo residencial.

22. Implantar el modelo de atención centrado en la persona dentro del modelo residencial para personas mayores y/o con dependencia.

Islas Baleares

Los proyectos de **cohesión social e igualdad de género** representan más del **21%** del total del plan e incluyen, entre otros, el Servicio Integral de Atención a Domicilio (SAID) del IMAS, que impulsa la economía de cuidados.

PROGRAMAS ECONOMÍA DE LOS CUIDADOS Y ATENCIÓN DOMICILIARIA

La ampliación y consolidación del SAID responde a la voluntad del IMAS de llevar a cabo un cambio de modelo en la atención a las personas mayores en situación de dependencia, facilitando que éstas puedan recibir una atención integral, personalizada, especializada y de calidad, pero sin tener que abandonar sus domicilios.

En este sentido, el SAID tiene como principales objetivos, avanzar en la coordinación de los diferentes niveles de atención (comunitaria, especializada y sanitaria); detectar posibles casos de riesgo y prevenir la institucionalización innecesaria de aquellas personas que, con una alternativa adecuada, podrían seguir viviendo en su entorno y mejorar el bienestar de las familias y / o cuidadores ofreciendo información, formación y programas de apoyo específico.

Para poder cumplir con estos objetivos, desde el IMAS se establece una metodología de trabajo basada en diferentes programas de atención, que forman el Plan Individual de Atención (PIA) de cada uno de los usuarios. De este modo, se lleva a cabo un plan de atención en el hogar (apoyo a la orden, la limpieza general del domicilio, compra, elaboración de menús, etc.); un plan de atención personal (higiene, control de la medicación, apoyo y control de la alimentación, apoyo a la movilización de la persona dentro del domicilio, etc.); un plan de atención especializada que incorporará las figuras del terapeuta ocupacional, fisioterapeuta y dietista y un plan de apoyo psicosocial de atención psicológica a la persona y la familia.

Canarias

PROGRAMA: REACTIVA CANARIAS. Plan para la Reactivación Social y Económica de Canarias. 30 de septiembre de 2020. Proyectos identificados con anterioridad al España Puede

https://www3.gobiernodecanarias.org/noticias/wp-content/uploads/2020/10/201001_PLAN_REACTIVA_CANARIAS_2020-23.pdf

PROGRAMAS ECONOMÍA DE LOS CUIDADOS Y ATENCIÓN DOMICILIARIA. Se recogen en dos de las 7 prioridades estratégicas.

Prioridad estratégica 1 Mantenimiento de los servicios públicos fundamentales

Servicios sociales

- 1.7. Coordinación entre administraciones públicas y colaboración con el Tercer Sector (conciertos sociales).
- 1.8. Desarrollo de la Ley de Servicios Sociales de Canarias.

Dependencia

- 1.9. Compromiso con las personas dependientes y con discapacidad.

Prioridad estratégica 2 Refuerzo de nuestras capacidades sanitarias y sociosanitarias

- 2.4. Refuerzo de la atención primaria en el ámbito de la medicina comunitaria y promoción de la salud, potenciado los servicios de enfermería comunitaria.
- 2.5. Refuerzo de la atención urgente tanto extra como intrahospitalaria, con mejora de la resolutivez, adecuación de recursos materiales y humanos y redefinición como atención con entidad propia.

2.6. Modernización de la sanidad pública mediante el uso de las nuevas tecnologías (atención telefónica, videoconferencia).

2.9. Impulso de programas de educación para la salud, especialmente en el ámbito de la utilización de los recursos sanitarios.

2.10. Mejora de los programas de atención de salud mental, incluida la perspectiva psicosocial.

2.11. Priorizar la atención de los propios hogares y barrios, humanizando la atención a las personas mayores.

- Estrategia contra la soledad no deseada de personas mayores.
- Subvenciones a proyectos dirigidos a personas mayores a través de la convocatoria del IRPF, y la convocatoria propia de la DG de Derechos Sociales e Inmigración, con proyectos contra la soledad no deseada, el envejecimiento activo, y mayores tutelados
- Desarrollo de convenios plurianuales para la gestión de centros de mayores

2.12. Establecer mecanismos de vigilancia activa en el ámbito sanitario y de la atención primaria para garantizar la adecuada atención a estas personas, especialmente vulnerables.

2.13. Impulso de las prestaciones y servicios de la Ley de Dependencia, poniendo especial énfasis en los servicios de atención residencial.

2.14. Impulso del II Plan de Infraestructuras Sociosanitarias.

2.15. Fomento de la hospitalización a domicilio para enfermos crónicos, así como de la medicina no presencial y del servicio de teleasistencia social para permitir a nuestras personas mayores.

- Fomentar la hospitalización a domicilio (HADO) para los usuarios del SCS que se encuentren en centros residenciales.
- Desarrollo de un Protocolo de coordinación entre las ZBS/Gerencias de AP y las Residencias (Cabildos insulares/DGDD) que incluya la parte asistencial de los usuarios y de colaboración en el reconocimiento de la situación de dependencia.

2.16. Acercamiento de la asistencia hospitalaria al entorno del usuario.

Prioridad estratégica 3 Atención y apoyo a las personas vulnerables

3.3. Especial atención a los colectivos vulnerables: personas mayores, dependientes, discapacidad, jóvenes, colectivo LGTBI o niños y niñas (paliar los riesgos de pobreza infantil), migrantes.

Cantabria

PROGRAMA: CANTABRIA RE (ACTIVA). CANTABRIA Y EL PLAN DE RECUPERACIÓN, TRANSFORMACIÓN Y RESILIENCIA

https://www.cantabriadirecta.es/wp-content/uploads/2020/10/Cantabria-reActiva_.pdf

PROGRAMAS ECONOMÍA DE LOS CUIDADOS Y ATENCIÓN DOMICILIARIA.

EJE1. TRANSFORMACIÓN DIGITAL

Estrategia 1. Digitalización de la Administración Pública:

Proyecto 1. Transformación Digital de la Administración de la CCAA de Cantabria.

Actividades:

A7. Desarrollo de una plataforma tecnológica adecuada al modelo de Bienestar Social.

A8. Digitalización del Instituto Cántabro de Servicios Sociales (ICASS). 11,4 M€

Proyecto 3. Transformación Digital del Servicio Cántabro de Salud. 37 M€ Actividades:

A1. Carpeta de Salud Online.

A2. Participación en tratamientos y cuidados. Salud Cantabria Responde, telemedicina, e-learnig.

A3. Consultas especializadas.

A4. Opinión del Paciente.

A5. Interoperabilidad para una sanidad centrada en el paciente.

A6. Teleconsulta y movilidad.

Estrategia 3. Bienestar Social

Proyecto 1. Mejora de la Eficiencia del Modelo de Bienestar Social. 5,7 M€ Actividades:

A1. Mapeo de las necesidades.

A2. Desarrollo de una plataforma tecnológica adecuada al modelo de bienestar social.

A3. Aula de formación permanente en Servicios Sociales.

A4. Centros de apoyo a los cuidados.

A5. Servicio de apoyo a cuidadores en el entorno familiar.

A6. Programa de prevención del aislamiento social en entornos rurales.

EJE 4. IGUALDAD

Estrategia 1. Brecha de Género

Proyecto 1. Cantabria se Corresponsabiliza.

Actividades:

A3. Red de centros ubicados en zonas rurales en coordinación con las entidades locales (con apoyo de aplicaciones tecnológicas).

A4. Centros de atención y cuidado de personas a cargo en zonas de concentración de pymes y autónomos.

A5. Creación de una bolsa de personas cuidadoras profesionales en colaboración con empresas del sector que atiendan las necesidades en los hogares en los que no sea posible ofrecer los recursos comunitarios.

Castilla y León

INICIATIVAS DE RECUPERACIÓN Y RESILIENCIA EN CASTILLA Y LEÓN.

Se ha llevado a cabo un proceso de recopilación de proyectos que incluyen el Impulso de las tecnologías de la información la digitalización y las comunicaciones en el ámbito sanitario.

<https://economia.jcyl.es/web/jcyl/Economia/es/Plantilla100Detalle/1284250105595/Programa/1284991970539/Comunicacion>

PROGRAMAS ECONOMÍA DE LOS CUIDADOS Y ATENCIÓN DOMICILIARIA

COMPONENTE III.- FORTALECER Y MODERNIZAR EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO EN GARANTÍA DE LA SALUD

16.-Refuerzo de las infraestructuras y los equipamientos sanitarios En el ámbito de la salud pública, resulta esencial disponer de un sistema de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad que permita optimizar la demanda reactiva de los dispositivos asistenciales. Para ello, es necesario incrementar los recursos preventivos y de salud pública, dotándoles de la tecnología más avanzada para responder a los desafíos epidemiológicos que se puedan presentar en el futuro. El escenario demográfico actual de Castilla y León muestra un presente y un futuro caracterizado por un alto nivel de envejecimiento y una preponderancia de las enfermedades crónicas. La comunidad científica ha determinado que el mejor abordaje de estos pacientes se realiza a través de un modelo asistencial basado en la Atención Primaria, con una especial relevancia de la prestación de cuidados por parte de los profesionales de enfermería. Por otra parte, la prestación de la asistencia sanitaria a los pacientes crónicos pluripatológicos tiene como finalidad acercar la atención al entorno del paciente por lo que es necesario dirigir los esfuerzos a que

los profesionales atiendan a los pacientes en sus domicilios, evitando desplazamientos e ingresos hospitalarios innecesarios. En definitiva, incentivar la atención primaria de la población es esencial, y se está demostrando así durante la pandemia, para mitigar el impacto social de la crisis. Por ello, resulta prioritario mejorar el equipamiento de los Centros de Salud y Consultorios Locales (electrocardiógrafos, espirómetros, ecógrafos, retinógrafos, dermatoscopios, etc.) para que sean herramientas de diagnóstico tecnológicamente avanzadas. Y especial atención requieren las infraestructuras y equipamientos hospitalarios, y en particular la media y alta tecnología, que presenta ciclos de obsolescencia reducidos y cuya renovación es de especial relevancia para obtener un diagnóstico de calidad. El refuerzo del sistema sanitario requiere ampliar y modernizar los espacios hospitalarios, su mobiliario, su equipamiento y su tecnología, así como integrar en red sus recursos, conocimientos y procedimientos.

18.- Impulso de las tecnologías de la información la digitalización y las comunicaciones en el ámbito sanitario. Es necesario seguir avanzando para aprovechar todas las posibilidades que las nuevas tecnologías ofrecen en la prestación de los servicios de la salud. Resulta esencial aprovechar las posibilidades del big data y la inteligencia artificial ofrecen en el ámbito de la planificación y el diagnóstico, desarrollar herramientas digitales para el trabajo en red colaborativo, avanzar en la transformación digital en la asistencia sanitaria a través de las herramientas avanzadas de historia clínica electrónica interoperable, implantar herramientas digitales para la relación con el ciudadano/paciente y, en definitiva, mejorar la capacidad de resolución y respuesta del sistema sanitario a los desafíos de presente y de futuro. Las herramientas de telemedicina, en lo que se refiere a la aplicación de las nuevas tecnologías tanto para el diagnóstico, como para la monitorización pacientes fuera de los centros sanitarios, constituye un elemento que aporta grandes ventajas para el sistema sanitario. Las Nuevas Tecnologías están abriendo múltiples posibilidades tanto en el ámbito de la gestión como en el ámbito clínico. Por ello, la inversión en tecnología para el impulso de la telemedicina es esencial. En una Comunidad como la nuestra resulta de gran importancia, no sólo acercar a los pacientes a los servicios sino también facilitar la comunicación entre profesionales que permitan valorar, conjuntamente, al paciente y tomar decisiones consensuadas. La implantación de TICs en el ámbito de la sanidad ayuda a una mejora de la calidad de la vida y del bienestar personal, y a disminuir los desequilibrios y desigualdades del

acceso a los servicios de salud de los ciudadanos a la vez que fomentan el empoderamiento del paciente, haciendo al ciudadano más responsable de su salud.

COMPONENTE X.- FORTALECER LA IGUALDAD, LA INCLUSIÓN Y LA PROTECCIÓN SOCIAL, APOYAR EL BIENESTAR Y EL DESARROLLO PERSONAL DE LOS MÁS VULNERABLES

61.- Mejora e innovación en la atención a personas mayores Teniendo en cuenta que nuestra Comunidad cuenta con un alto índice de envejecimiento con respecto de España, ya que el 24,1 % de la población tiene 65 o más, al tiempo que tiene una esperanza de vida de las más altas de España y del mundo, con 83,65 años, se hace necesaria su atención para estimular un envejecimiento activo y saludable, previendo situaciones de dependencia. Además, en Castilla y León casi el 55% de las personas mayores de 65 años vive en el medio rural. Durante esta pandemia se ha observado que las personas mayores han sido uno de los colectivos que más ha sufrido sus efectos, por lo que las acciones para su atención, además de promover la cohesión social, mitigan el impacto social de la crisis. Es necesario desarrollar herramientas digitales que tengan como objetivo promover un cambio de modelo de los cuidados orientados en la persona, con actuaciones como el trabajo en red colaborativo a través de plataformas sociosanitarias, aplicaciones para la gestión de centros residenciales, plataformas de teleasistencia avanzada, o aplicaciones que canalicen la gestión de demandas y el proceso de atención y gestión de información de los usuarios sociosanitarios en su entorno habitual. Asimismo, se requiere impulsar los procesos de I+D+i en robótica para facilitar la vida diaria de las personas dependientes y con discapacidad y mejorar la calidad de vida de las personas mayores implementando soluciones de cuidados de larga duración en el domicilio, reformando los centros de prestadores de servicios para adaptarlos a los modelos de participación activa de los usuarios e impulsando actuaciones en residencias orientadas a la participación social activa en la comunidad. Para facilitar la permanencia en el propio domicilio es necesario desarrollar plataformas para la gestión de suministros en el medio rural, y actuaciones en viviendas que permitan las adaptaciones de accesibilidad necesarias, de forma que se posibilite su autonomía personal.

67.- Mejora en la atención a personas con discapacidad Castilla y León tiene un compromiso con las personas con discapacidad en clave de derechos, de empoderamiento para el desarrollo de

proyectos de vida, de apoyos orientados a la calidad de vida y a la participación comunitaria; todo ello, en el marco de un sistema de responsabilidad pública que garantiza la atención, el apoyo y la igualdad de oportunidades a todas las personas. Entre los objetivos se encuentran el prestar una atención de calidad centrada en el proyecto de vida de la persona, teniendo en cuenta sus necesidades y su rol social a lo largo del ciclo vital, garantizando la continuidad en la atención que precisa. Asimismo, es preciso garantizar una especial atención a las personas con discapacidad que presenten mayores limitaciones, por constituir un grupo con mayor riesgo de exclusión. Estas acciones tienen como objetivo promover la cohesión social. En este aspecto, igual que en el caso de las personas mayores, se requiere impulsar los procesos de I+D+i en robótica para facilitar la vida diaria de estas personas, intentando mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad con cuidados de larga duración en el domicilio y realizando actuaciones en viviendas que permitan las adaptaciones de accesibilidad necesarias para que, cuando sea posible, puedan permanecer en su domicilio habitual, favoreciendo su autonomía personal. Igualmente, es preciso continuar con la extensión de la accesibilidad universal entendida en un sentido más amplio, no solo de supresión de barreras arquitectónicas en edificios públicos o viviendas, ampliando la misma al acceso al empleo, a las TICs, al transporte incluso a la cultura. 68.-Reforzar la teleasistencia avanzada La promoción de nuevos servicios de teleasistencia para la atención proactiva, destinados a toda la población, pero especialmente dirigidos a las personas en situación de dependencia y para el apoyo y seguimiento de sus cuidadores permiten una mejor prestación de los servicios sociales, a la vez que desarrollan un ecosistema digital que propicie la calidad necesaria en estos servicios. Así, es preciso trabajar en la gestión de datos para la mejora de la información, con repositorios de información multimedia a nivel social, desarrollando plataformas de teleasistencia avanzada, ampliando y mejorando la interconectividad y el intercambio de los datos existentes en las distintas aplicaciones sociales. Estos servicios reducirán el impacto social y económico de la crisis actual al tiempo que suponen un notable impulso en la transición hacia la digitalización de la Administración Pública.

Castilla-La Mancha

CASTILLA LA MANCHA AVANZA. Ha realizado una consulta pública para recopilar proyectos de interés y ha publicado una pequeña aproximación a las líneas que le gustaría trabajar. [https://participacion.](https://participacion.castillalamancha.es/sites/default/files/documentos/inicio/CLM%20AVANZA.pdf)

[castillalamancha.es/sites/default/files/documentos/inicio/CLM%20AVANZA.pdf](https://participacion.castillalamancha.es/sites/default/files/documentos/inicio/CLM%20AVANZA.pdf)

6. Pacto por la Ciencia y la Innovación. Refuerzo a las capacidades del SNS

- Fortalecimiento del sistema sanitario en I+D, digitalización
- Desarrollo internet de las cosas, inteligencia artificial...

8. Nueva economía de los cuidados y políticas de empleo

- Servicios de teleasistencia y telecuidado avanzado (e-care)
- Transformación digital de los servicios sociales
- Nuevos modelos de cuidados

Cataluña

PROGRAMA: NEXT GENERATION CATALONIA.

http://economia.gencat.cat/web/.content/20_departament_gabinet_tecnic/arxiu/pla-recuperacio-europa/20210208-next-generation-cataloniaes.pdf

PROGRAMAS ECONOMÍA DE LOS CUIDADOS Y ATENCIÓN DOMICILIARIA.

A continuación un extracto de los proyectos relacionados con atención domiciliaria, dentro de los 27 seleccionados, para optar a los fondos de recuperación europeos, Next Generation EU.

1. Nuevo modelo de autonomía y atención a las personas que necesiten apoyo de larga duración en el entorno comunitario

Orientar la atención a las **personas mayores y dependientes** hacia la independencia personal, la desinstitucionalización y la vida en el propio hogar.

Presupuesto: 240 millones de euros

Actores implicados: Generalitat; Agencia de atención para la promoción de la autonomía personal; agentes público-privados del sector de la dependencia; entidades del tercer sector y universidades públicas.

3. Salut 2030

Descripción: Transformar el sistema de salud de Cataluña con tecnologías innovadoras y la creación de ocupación para lograr un modelo asistencial integrado, resiliente y sostenible (Salud 4.0), basado en las interrelaciones entre los agentes del sector, y donde el tejido industrial, los proveedores y los

dispositivos sanitarios cooperan con una doble misión: ofrecer la atención más adecuada a la ciudadanía, y potenciar la industria de la salud y la generación de empleo y riqueza, mediante la investigación y el desarrollo en terapias emergentes y medicina personalizada.

Presupuesto: 1.970 millones de euros

Actores implicados: Generalitat; Banco de sangre y tejidos; Servicio Catalán de la Salud; Consorcio Sanitario y Social de Cataluña; Instituto Catalán de la Salud; Instituto Catalán de Oncología; Unión Catalana de Hospitales; Agencia de Calidad y Evaluación de Cataluña; Sistema de Emergencias Médicas; TIC Salut Social; empresas biofarmacéuticas, de tecnologías médicas, salud digital y servicios científicos.

Comunidad Valenciana

PROGRAMA: PROPUESTA DE ESTRATEGIA VALENCIANA PARA LA RECUPERACIÓN. Documento elaborado con anterioridad al España Puede.

https://www.gva.es/contenidos/publicados/multimedia/prensa/20201124/doc/201124_Documento_de_trabajo_Propuesta_Estrategia_Valenciana_Recuperacion.pdf

PROGRAMAS ECONOMÍA DE LOS CUIDADOS Y ATENCIÓN DOMICILIARIA

5.12. Proyecto tractor 12: Cuidado de personas.

Moviliza 1218 millones de euros para mejorar la salud y cuidado de mayores.

Este proyecto se orienta a mejorar la protección frente a los riesgos y la cohesión social mediante iniciativas de refuerzo y ampliación de las coberturas socio sanitarias, teniendo presentes tanto las debilidades de los actuales servicios puestas de relieve por el COVID-19 como las necesidades que tienden a incrementarse como consecuencia del envejecimiento y el aumento de las desigualdades.

Plan de ampliación y reforma de centros hospitalarios.

Los espacios públicos donde se prestan los servicios sanitarios deben adaptarse a las condiciones cambiantes de su prestación: el incremento de los tratamientos ambulatorios y de las consultas de día, la creación y actualización de nuevos centros de día, los avances técnicos asistenciales o la necesidad de adaptar las edificaciones a nuevos condicionantes técnicos. La demanda asistencial se incrementa y cambia con el paso del tiempo en una progresión previsible. La pandemia ha acelerado el volumen de dicha

demanda, acelerando la necesidad de actuar sobre un creciente número de infraestructuras y edificaciones diseñadas con criterios, en contextos y condicionantes que han quedado obsoletos, especialmente en los hospitales. Las actuaciones de ampliación y reforma de centros hospitalarios mejorarán la capacidad de respuesta de nuestro sistema sanitario y ayudarán a incrementar notablemente la capacidad de hospitalización, necesaria para alcanzar la ratio idónea atendiendo a la población de la Comunitat Valenciana, tras un periodo durante el cual los ajustes presupuestarios han mantenido las inversiones en niveles bajos. Siguiendo la Directiva (UE) 2018/844, el Plan de Ampliación y Reforma de Centros Hospitalarios de la Comunitat Valenciana incorpora medidas de sostenibilidad y eficiencia energética que contribuirán al avance de la transición ecológica deseado.

Plan de construcción, ampliación y reforma de centros de atención.

La atención primaria es un eje básico de nuestro sistema de salud, al ser la puerta de entrada y el recurso sanitario más cercano a la ciudadanía. La pandemia ha demostrado la necesidad de reforzar su estructura para consolidarla como un modelo de atención sanitaria competente, resiliente, autoorganizada y orientada a la comunidad, capaz de poder asumir funciones de vigilancia epidemiológica de campo frente al COVID-19 y otras emergencias similares, y realizar un correcto seguimiento de la salud de la población. La calidad en la prestación del servicio de atención primaria depende, en buena medida, de la infraestructura (edificios, espacios) donde se presta la atención sanitaria a la ciudadanía, y del equipamiento de los mismos. Los edificios donde se presta la atención primaria en la Comunitat Valenciana requieren intervenciones de construcción, ampliación y renovación de espacios e instalaciones para adecuarse a las necesidades cambiantes de la atención, a la normativa actual, a los cambios tecnológicos, a los desafíos generados por la pandemia que obligan a reforzar las medidas para garantizar circuitos diferenciados de atención a pacientes COVID-19 y no COVID-19 y, en general, para ofrecer una atención de calidad a las personas pacientes. El Plan de Ampliación y Reforma de Centros Sanitarios de Atención Primaria de la Comunitat Valenciana se orienta a esos objetivos y, siguiendo la línea establecida por la Directiva (UE) 2018/844, incorpora medidas de sostenibilidad ambiental, ahorro energético, accesibilidad universal, flexibilidad y humanización, para adaptar los centros a las nuevas necesidades asistenciales.

Plan de infraestructuras de servicios sociales 2020-2024.

Para favorecer la inclusión social de las

personas que por su edad o circunstancias requieren apoyos para llevar a cabo una vida más autónoma y posible, la Comunitat Valenciana dispone de una red de centros y plazas, tanto públicos como privados, significativamente inferior a la media española. Por otro lado, existe una desigualdad manifiesta en la distribución de esos recursos a lo largo del territorio valenciano, con una menor presencia en los territorios de interior y en las zonas rurales en riesgo de despoblamiento, los más envejecidos. Junto a lo anterior debe tenerse presente que la pandemia ha puesto sobre la mesa las debilidades de los centros de mayores para enfrentarse a las exigencias derivadas de las crisis sanitarias, dada la vulnerabilidad de la mayoría de personas que residen en ellos. Esta iniciativa impulsa un Plan de infraestructuras para atender a las prioridades detectadas en el mapa de necesidades de Servicios Sociales, del que se desprende falta de plazas en todos los sectores poblacionales. Se trata de un problema que se está agravando especialmente en el caso de las personas mayores y con enfermedad mental. Al ser el envejecimiento uno de los mayores retos del siglo XXI se necesitará ampliar la red de centros y hacerlo de manera que se favorezca la autonomía de las personas mayores y un envejecimiento activo, ofreciendo un entorno residencial seguro y confortable. El Plan contempla la construcción de nuevos centros, residencias, casas de acogida y viviendas tuteladas en todo el territorio valenciano, y la mejora de los centros propios, mediante la reforma integral de los centros dependientes de la Generalitat para actualizar las infraestructuras a los requisitos actuales de habitabilidad, accesibilidad y seguridad contra incendios. También contempla la adaptación de los centros existentes a las necesidades de nuevos modelos residenciales, basados en unidades de convivencia más reducidas y favorecedoras de la autonomía surgidos para prestar una atención segura y de calidad, teniendo en cuenta las lecciones aprendidas del COVID-19.

Centro internacional de envejecimiento. El objetivo es crear un centro de investigación biomédica de ámbito internacional para estudiar el envejecimiento con una perspectiva pluridisciplinar, incorporando las aproximaciones socioeconómicas junto a las de las ciencias de la salud. Diseñado con criterios de excelencia científica y con capacidad de atraer talento, la meta es convertirlo en un centro de referencia en el estudio de patologías prevalentes asociadas a la edad, así como la mayor fragilidad y susceptibilidad de las personas mayores al desarrollo de otras enfermedades incluidas las infecciosas. Su diseño interdisciplinar debe contribuir a reforzar su impacto positivo en la sociedad, el envejecimiento saludable y la socioeconomía del envejecimiento.

Extremadura

DECRETO-LEY 3/2021, de 3 de marzo, de medidas urgentes para la modernización de la Administración Pública y para la ejecución del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia.

Medidas en materia de conciertos sociales para la prestación de servicios a las personas en los ámbitos social y socio-sanitario.

Galicia

ESTRATEGIA NEXT GENERATION GALICIA

https://www.xunta.gal/notas-de-prensa/-/nova/56568/fejoo-destaca-que-candidatura-gallega-los-fondos-next-generation-cuenta-con?mkt_tok=NTIwLVJYUC0wMDMAAAF-KZPuAOMqUvDR9B0b4yHrfeFAf8yJkSalTijvaeD7c2DeRNxFtmpEVck-QWt8BpnJiOtmgdHroPvFSLOBbo9GC7tQBf7S1JTvIFpAtaX9jIMadg

PROGRAMAS ECONOMÍA DE LOS CUIDADOS Y ATENCIÓN DOMICILIARIA.

La Conselleria de Política Social indica que los fondos europeos suponen una oportunidad histórica para reforzar, modernizar y ampliar el sistema de cuidados. Las propuestas de Galicia permitirán trabajar en cinco retos: el nuevo modelo de residencias, el apoyo a las personas mayores que viven solas, el acompañamiento de las personas con menos recursos, las oportunidades para los menores más vulnerables y la vertebración del territorio gallego desde un punto de vista social.

Para afrontar estos desafíos se presentan una treintena de proyectos candidatos a los fondos europeos, entre los que destacan dos: la transformación de los centros de servicios sociales para menores, mayores y personas con discapacidad; y el impulso del rural como escenario para el envejecimiento activo y la inclusión social a través de proyectos de cohousing y de integración de 400 familias en riesgo de exclusión.

La Conselleria de Sanidad incluye entre los proyectos prioritarios para utilizar los fondos Next Generation generar la infraestructura big data que permita el trabajo en red de todos los profesionales del Sergas a modo de un centro sanitario único, facilitando también que esta ingente cantidad de datos, convenientemente anonimizada, pueda utilizarse en el diseño de políticas sanitarias, en la investigación

y análisis de tendencias e incluso para el desarrollo de modelos predictivos y de detección precoz de patologías.

El desarrollo de tratamientos pioneros, el impulso de la investigación y la transformación digital son tres de los grandes retos para dirigir los fondos, añadiéndose a la modernización de las equipaciones sanitarias y a la actualización de las infraestructuras que permita acelerar los planes directores de varios hospitales y el Plan de Salud Mental, así como desarrollar un nuevo Plan de Infraestructuras de Atención Primaria.

Comunidad de Madrid

PROGRAMA: #REACTIVAMOSMADRID

https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/hacienda/estrategia_recuperacion_y_resiliencia_cm_portada.pdf

PROGRAMAS ECONOMÍA DE LOS CUIDADOS Y ATENCIÓN DOMICILIARIA.

Línea Estratégica 2. Sistema sanitario resiliente y fortalecido.

Reforzar la atención a los colectivos desfavorecidos y mayores y mejorar la capacidad y resiliencia del SERMAS a través de la digitalización de servicios y la mejora de la sostenibilidad en hospitales.

+1.725M€ 7,71% Porcentaje e importe global del presupuesto de la línea estratégica

Proyectos destacados

- **Fortalecimiento y resiliencia del sistema sanitario** ante futuras pandemias a través del desarrollo y creación de una **Plataforma Logística Regional Sanitaria** y la Creación de un Sistema de gestión de alarmas en conservación de vacunas.
- Se pondrá en marcha un Plan de implementación de Unidades de hospitalización a domicilio con el objetivo de descongestionar los centros médicos y hospitalarios, caso fuese necesario.
- Desarrollo de un **nuevo sistema sanitario** que apueste por una **asistencia más inclusiva, personalizada** con importantes inversiones en pilotos de anonimización de **datos** y soluciones **integrales** en diagnóstico por imagen.
- Impulso de la **sostenibilidad** de los **centros hospitalarios** a través de la reforma integral de los hospitales La Paz, Gregorio Marañón y 12 de octubre, entre otros.

Domótica para la atención domiciliaria a crónicos y dependientes

La Comunidad de Madrid creará una solución tecnológica integrada y transformadora que incluye domótica y analítica avanzada de datos para apoyar en la evolución del modelo de atención domiciliaria a crónicos y dependientes en la región.

El objetivo de este proyecto, denominado EN CASA NextGen y dotado con un presupuesto de 20,9 millones de euros,

es ofrecer una atención integrada de necesidades sociales y de salud para los madrileños, integrando la atención domiciliaria presencial (SAD) y no presencial (tele-asistencia) y, por lo tanto, mejorando la calidad de vida en casa y evitando el desplazamiento a centros sanitarios.

Nuevo hospital público de media estancia en Puerta de Hierro

La Comunidad de Madrid incluye 1,2 millones de euros para la redacción del proyecto de construcción del nuevo Hospital de Cuidados y Recuperación Funcional en la antigua clínica Puerta de Hierro.

El proyecto, que remodelará el antiguo hospital en el distrito de Moncloa-Aravaca para atender a pacientes con hospitalizaciones largas, contará con 220 plazas para pacientes que tengan que recuperar movilidad funcional, así como 20 camas para cuidados paliativos. Este hospital tiene como objetivo liberar camas en el resto de hospitales del Servicio Madrileño de Salud y mejorar la capacidad funcional y retrasar la dependencia.

18 nuevos centros de salud en 2023

La Comunidad de Madrid prevé destinar 110,8 millones de euros para la construcción de 18 nuevos centros de Atención Primaria en diferentes zonas de la región, en el marco del Plan de Infraestructuras de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria.

Creación de la historia clínica electrónica integral

La Comunidad de Madrid trabaja en la puesta en marcha de la historia clínica electrónica única e integral del paciente de forma normalizada y accesible, de forma segura y multicanal mediante la inversión de 41 millones de euros. Esta iniciativa permitirá su consulta a través del móvil e incorporar información generada por dispositivos móviles del paciente, como relojes inteligentes.

Además, el Gobierno regional destinará 3,8 millones a la implantación del sistema Nexus en 14 hospitales del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), para homogeneizar el sistema de gestión de la información y de gestión presupuestaria y logística.

Línea Estratégica 3. Empleo de calidad y refuerzo de la cohesión social

Refuerzo de las políticas e infraestructuras de protección vital a lo largo de toda la vida, a través de la puesta en marcha de la Historia Social Única, de un programa de protección a colectivos vulnerables y de la construcción de un centro singular de acogida e intervención del colectivo infantil y adolescente

Inversión. Impulso de la Historia Social Única que permita dar respuesta a los principales retos en el ámbito de los servicios sociales. Por un lado, muestra una visión global de la prestación de los servicios, lo que permite realizar una planificación coherente, suficiente y sostenible del sistema público de servicios sociales. Por otro lado, favorece la interoperabilidad, la integración y la colaboración de las distintas estructuras organizativas involucradas en este proceso. Además, promueve la universalidad y la satisfacción de la demanda de servicios con la máxima calidad y en condiciones de justicia igualdad y equidad. Adicionalmente, facilita la coordinación y la colaboración con los agentes del sector privado y del tercer sector. Por último, implica un cambio cultural y una orientación hacia las personas y las unidades de convivencia.

Reforma. Aprobación de la nueva Ley de Servicios Sociales que dé respuesta a las distintas transformaciones sociales: cambios demográficos, desigualdad, debilitamiento de las redes primarias de cuidados y la economía digital, entre otros.

Línea Estratégica 4. Administración Digital, conectada y ágil

Potenciar la transformación digital y modernización del servicio público centrado en el ciudadano

Inversión. Impulso a la transformación digital de los servicios sociales para, por un lado, asegurar la continuidad asistencial de los colectivos más vulnerables y dependientes en momentos de crisis, y por otro la mejora de prevención y la detección temprana de situaciones de riesgo. Esto se traduce en la incorporación de nuevas tecnologías en centros de asistencia a dependientes y colectivos vulnerables, así como la creación de plataformas de gestión y la implantación de herramientas de valoración del riesgo de desprotección de menores o el desarrollo del servicio de teleasistencia avanzada para personas en situación de dependencia. Transformación digital de los servicios de las residencias de mayores dotándoles de aplicaciones y servicios avanzados que permitan mejorar los tiempos de respuesta y la calidad de la asistencia.

Región de Murcia

nèxtCARM: Iniciativa para la Recuperación y Transformación de la Región de Murcia

https://www.nextcarm.es/nextcarm/docs/Plan%20NextCarm%20v1.pdf?mkt_tok=NTIwLVJYUC0wMDMAAAF9vW0yBw5oBDH_JlSj9F2Sp8x-F2ZwaOMwnyu4tLUFswbdcar0-92dGKNn1tiln3Uz8c3QXb5AjojdRWL-0sOwZ3ChHJguZ0X56j6SSOV4-VdePQ

PROGRAMAS ECONOMÍA DE LOS CUIDADOS Y ATENCIÓN DOMICILIARIA.

6. Pacto por la ciencia y la educación. Refuerzo capacidades del Sistema Nacional de Salud

6B. Renovación y ampliación de las capacidades del Sistema de Salud.

6B1. Nuevo Modelo de gestión hospitalaria

Es preciso disponer de capacidades adecuadas a la gestión hospitalaria para hacer frente a eventos sanitarios disruptivos y para una mayor cronicidad.

Las necesidades estructurales se basan en realización de obras para la adaptación o creación de las áreas correspondientes, dotación de respiradores y dispositivos de oxigenación adecuados, adecuar el nivel de monitorización al tipo de área asistencial, la conectividad de los equipos con los sistemas de información y el material fungible estimado para un periodo de dos años. El Plan Director de la Arrixaca es una de las líneas marcadas en el Plan de Infraestructuras del SMS dentro del proceso de modernización de nuestro sistema sanitario, adecuándolo a las nuevas tendencias en asistencia sanitaria dentro de la necesaria reforma de nuestro sistema sanitario. Una de las líneas esenciales en la actual situación, y dentro de los modernos sistemas sanitarios, es el reforzamiento de la Atención Primaria, siendo necesaria la construcción de nuevos Centros de Salud que permitan intensificar las actividades de este área asistencial. Estos proyectos incluyen la infraestructura y el equipamiento necesario.

6B2. Refuerzo y resiliencia de la salud pública, especialmente en atención primaria.

Una de las líneas esenciales en la actual situación, y dentro de los modernos sistemas

sanitarios, es el refuerzo de la Atención Primaria, siendo necesaria la construcción de nuevos Centros de Salud que permitan intensificar las actividades de este área asistencial. Estos proyectos incluyen la infraestructura y el equipamiento necesarios.

Realizar visitas de inspección a residencias de personas mayores y otros centros sociosanitarios con personas de riesgo de contraer la COVID-19, para verificar que se cumplen las medidas higiénico-sanitarias de salud pública encaminadas a prevenir el contagio de SARS-COV-2 en los usuarios de estos centros.

6B3. Modernización de la AAPP

Es preciso disponer de un sistema que nos permita detectar los problemas en el momento que están ocurriendo. Es decir, contar con los dispositivos necesarios, terminales de feedback, para que los usuarios puedan expresar su opinión, de una forma rápida y segura, y si es preciso en varios idiomas; incluyendo las herramientas necesarias para la explotación inmediata de los datos de forma automática.

Comunidad Foral de Navarra

PROGRAMA: NEXT GENERATION. UNA VISIÓN PARA NAVARRA.

Dentro de los tres planes cuyos proyectos considera susceptibles de ser financiados con fondos procedentes del NextGenUE los programas de economía de los cuidados y atención domiciliar se recogen en la Estrategia de cohesión social – territorial:

https://www.navarra.es/documents/48192/6183405/25012021_pdf_estrategia_cohesion_next_generation.pdf/e17afcc4-cbab-0e87-1757-1f231c32551f?t=1611573975925

Estrategia de cohesión social – territorial:

Envejecimiento Activo en los Espacios Rurales: dar una respuesta innovadora y de oportunidad a uno de los mayores desafíos del mundo rural: el proceso de envejecimiento de su población.

- Exige un compromiso de los agentes para incorporar elementos de desarrollo económico, innovación social, incremento de la calidad de vida y mayor cohesión social. La experiencia tiene un

alto impacto y fuerte capacidad de escalabilidad.

- Generar herramientas que favorezcan el mantenimiento de las personas mayores en sus domicilios (Empresa de Inserción Sociolaboral de cuidado y atención a las personas mayores-EIS-), oportunidades de innovación social dando respuesta a las nuevas demandas de este colectivo: culturales, saludables, tecnológicas, educativas.
- Crear un ecosistema de emprendimiento empresarial y social.
- El proyecto comienza en 2021 y finaliza en 2026 con un presupuesto de 5,1 millones de euros de los que se cofinanciarán 3,4 millones de euros.

Innovación en los Cuidados de Larga Duración.

Triple intervención en el ámbito de los cuidados de larga duración:

- Inversión en centros residenciales, centros de día y viviendas, eficientes desde el punto de vista energético, accesibles y bajo un diseño arquitectónico que permita a las personas convivir con un número reducido de personas, manteniendo su identidad y permitiendo continuar en la construcción de su proyecto vital.
- Inversión en formación de nuevos profesionales, en el incremento de las competencias de los profesionales y en la formación de los equipos directivos.
- Inversión en nuevas tecnologías aplicadas a los cuidados de larga duración. Desarrollo de un sistema de teleasistencia avanzada. Dotar a los centros residenciales también de la conectividad y digitalización necesaria.
- Presupuesto: 53,8 millones de euros que se ejecutarán entre 2021 y 2026.

Historia Social Única Electrónica (HSUe): historia social, digitalizada e interoperable, que se implanta como modelo común en un determinado ámbito de los servicios sociales.

- Contiene todos los datos relevantes asociados al conjunto de intervenciones sociales que requiere una persona o su núcleo familiar a lo largo de su vida y debe ser una herramienta de trabajo dinámica que no solo integre el conocimiento de carácter social de una persona, sino que se consolide como instrumento básico para el diagnóstico y el Proyecto de Intervención Social más adecuado.
- El objetivo principal del proyecto HSUeN es la transformación digital fundamental y desarrollo de conocimiento para la creación de un sistema de gestión integrado e integral que automatice

los procesos y la gestión y coordinación de los Servicios Sociales de Navarra.

- Presupuesto: 6,2 millones de euros a invertir entre los años 2021 y 2024.

País Vasco

PROGRAMA: EUSKADI NEXT 21-26. Programa Vasco de Recuperación y Resiliencia 2021-2026. También mira al marco financiero plurianual 2021-2027 y está concebido para alinear el conjunto de recursos de origen europeo en la misma dirección garantizando la orientación de todos los fondos procedentes de la UE para abordar los retos asociados a la transición energético-ecológica, la transición digital y la cohesión social. Alinear MRR y los fondos de cohesión (FEDER y FSE)

https://www.euskadi.eus/contenidos/documentacion/euskadi_next_program_doc/es_def/adjuntos/EUSKADI-NEXT-2021-2026.pdf

https://bideoak2.euskadi.eus/2020/12/29/news_65958/ANEXO_I_y_II_Next.pdf

PROGRAMAS ECONOMÍA DE LOS CUIDADOS Y ATENCIÓN DOMICILIARIA.

Uno de los 8 componentes es **Salud y cuidado de las personas que contempla 27 inversiones.**

- **Pretende garantizar la calidad asistencial y reforzar la atención en el domicilio y el entorno próximo a las personas mayores,** impulsando, por ejemplo, la generación de ecosistemas locales de atención, cuidados y apoyos, así como fomentar un nuevo modelo de atención centrada en la persona, facilitando que las personas mayores vivan en su propia casa, y definiendo nuevos perfiles profesionales y actividades para ofrecer un servicio más eficaz y eficiente.
- El coste total del Componente 1 Salud y cuidado de las personas del Programa es de **1.215,7 M€**, solicitándose una aportación al Mecanismo de Recuperación y Resiliencia de 786,4 millones de euros.
- En este ámbito estratégico hay tres PERTES: siendo uno de ellos el proyecto Economía de los cuidados en el que se destaca:
 - **el aumento de la esperanza de vida supone una oportunidad para la sociedad de Euskadi.**
 - **el reto demográfico y la emergencia de una nueva etapa vital entre la edad de jubilación**

y los 75-80 años como horizonte actual de la esperanza de vida saludable, requiere mirar a las personas mayores como ciudadanos y ciudadanas activas y protagonistas de su destino.

- **la prevención de las situaciones de dependencia y la promoción de la autonomía personal y el talento de las personas mayores, son de especial interés** de cara a que éstas puedan seguir desarrollando una vida activa plena e integrada en su entorno.
- Digitalización y envejecimiento, se deben unir de manera positiva en beneficio de la sociedad.
- Existencia de proyectos que abogan por la transformación digital y el big data para un mejor tratamiento de la información por parte de Osakidetza. El proyecto de Digitalización de la prestación sanitaria en Euskadi aborda la transformación digital en Osakidetza junto con las infraestructuras de base requeridas con objeto de proveer a la ciudadanía una prestación sanitaria digital con un enfoque 360 en un modelo de salud conectada multicanal.

Comunidad Autónoma: La Rioja.

PROGRAMA: Plan de Transformación de La Rioja

ENLACE: https://sie.fer.es/recursos/richlmg/doc/c_2967/Dosier_Plan%20de%20Transformaci%C3%B3n%20de%20La%20Rioja.pdf

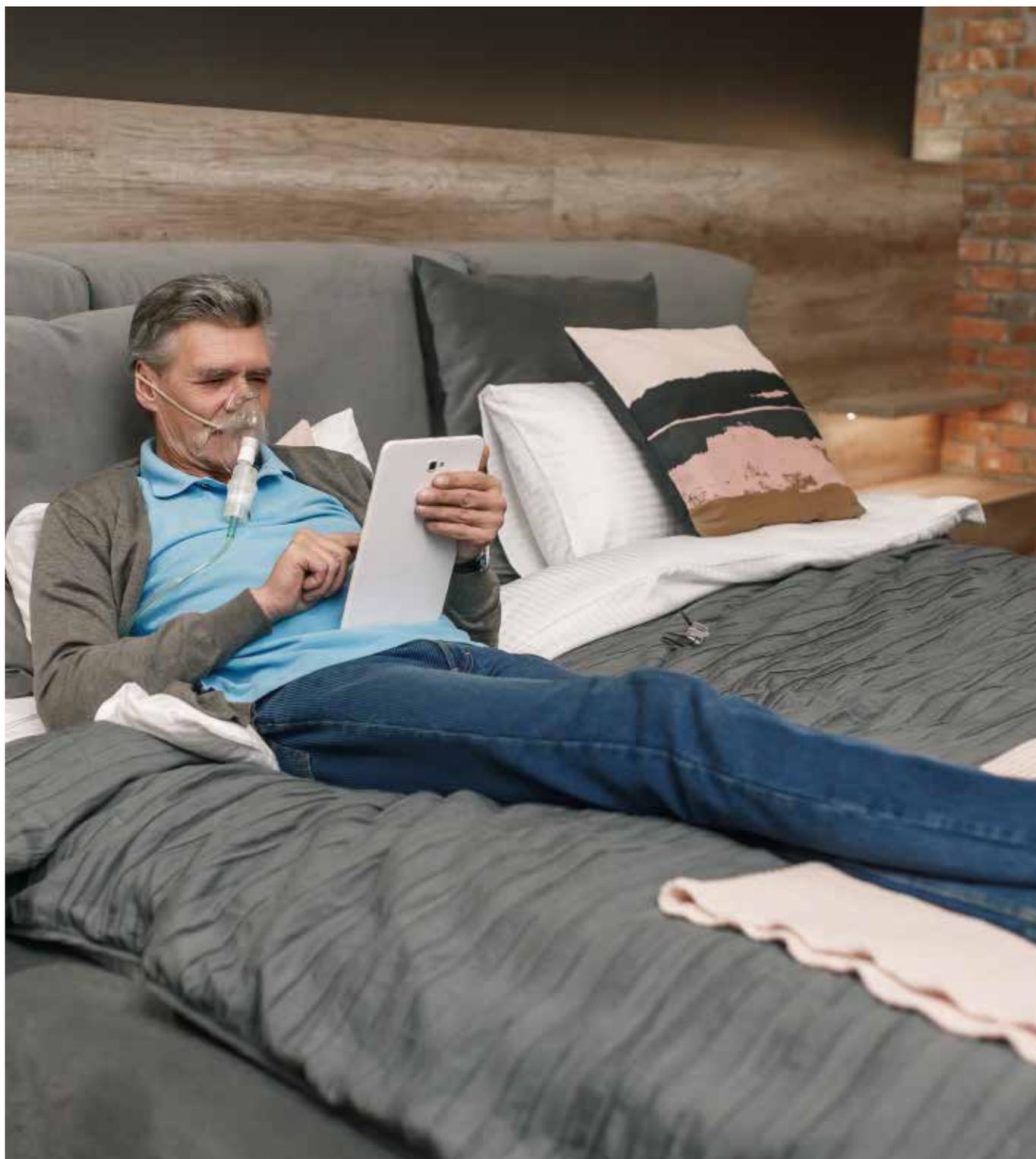
PROGRAMAS ECONOMÍA DE LOS CUIDADOS Y ATENCIÓN DOMICILIARIA.

Construir La Rioja de la nueva generación: el Plan se configura sobre proyectos estratégicos, complejos y transversales que **se basan en las ventajas comparativas de La Rioja, tienen gran capacidad de transformación, apuestan por la colaboración público-privada, son competitivos e intensivos en digitalización y sostenibilidad.**

Territorio Digital de Servicios se basa en la distribución demográfica de La Rioja, asimétrica entre las zonas del valle y la sierra, y en la extensión de la banda ancha en la comunidad, prevista para el cien por cien de la población y las empresas en 2022, y plantea convertir la región en un laboratorio de servicios digitales de carácter universal y experimental. El proyecto permitirá ofrecer servicios virtuales y presenciales y movilidad inteligente, impulsará la formación en habilidades digitales,

posibilitará la generación de soluciones innovadoras y creará oportunidades de desarrollo.

En el terreno sanitario, el Presupuesto total asciende a casi 540 millones de euros, algo más de un 16,3% sobre 2020. Esto va a permitir contratar a 280 profesionales sanitarios.



10.4. BIBLIOGRAFÍA

1. Acuerdo de gobierno GOV/91/2019, de 25 de junio por el que se crea el Plan de Atención Social y Sanitaria (PAISS).
2. Adrover Barceló, R.M., Taltavull Aparicio, J.M. y Miralles Xamena, J. (2017). Programa d'atenció domiciliària. Conselleria de Salut del Govern de les Illes Balears.
3. AEGON Seguros. (2020). III Estudio de Salud y Estilo de Vida. AEGON Seguros, Madrid.
4. Comisión Europea. Web sobre Salud en Línea. https://ec.europa.eu/health/ehealth/home_es.
5. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía. (2013) IV Plan Andaluz de Salud. Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales
6. Consejería de Sanidad de Castilla y León. (2012). Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León. Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León.
7. Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia. (2010). Plan de Salud 2010-2015 de la Región de Murcia. Gobierno de Murcia.
8. Consejo Económico y Social de España. (2021). Informe 03 | 2020. El sistema de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Consejo Económico y Social, Madrid.
9. Consellería de Sanidad de la Xunta de Galicia (2016). Estrategia SERGAS 2020. Xunta de Galicia.
10. Contel, J.C.. (2021). Atención domiciliaria: La necesidad de más atención integrada que nunca. La Gestión Importa. Salud y Sociedad. 28-06-2021. <http://lgestioimporta.cat/arees/atencion-domiciliaria-la-necesidad-de-mas-atencion-integrada/?lang=es>
11. Contel, J.C., Muntané, B. y Camp, L. (2012). La atención al paciente crónico en situación de complejidad: el reto de construir un escenario de atención integrada. Atención Primaria, 44, 107-113. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2011.01.013>.
12. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. (2016). Pla de Salut de Catalunya 2016-2020. Un sistema centrat en la persona: Públic, Universal i just. Direcció General de Planificació en Salut.
13. Departamento de Salud del Gobierno Vasco. (2013). Políticas de Salud para Euskadi 2013 – 2020. Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, Vitoria-Gasteiz.
14. Departamento de Salud del Gobierno Vasco. (2020). Marco Estratégico 2021-2024. Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, Vitoria-Gasteiz.
15. Direcció General de Planificació i Serveis Socials. (2017). Pla Estratègic de Serveis Socials (PESS) 2017-2021. Objectius estratègics: eixos, mesures i productes. Conselleria de Serveis Socials i Cooperació del Govern de les Illes Balears.
16. Dirección General de Asistencia Sanitaria del Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón. (2019). Proceso de atención a los pacientes crónicos complejos en Aragón. Gobierno de Aragón, Zaragoza.
17. Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Gallego de Salud. (2018). Estrategia gallega para la atención a personas en situación de cronicidad. Consellería de Sanidad de la Xunta de Galicia.
18. Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Gallego de Salud. (2019). Plan Gallego de Atención Primaria 2019-2021. Consellería de Sanidad de la Xunta de Galicia.
19. Dirección General de Investigación, Innovación e Infraestructura y Dirección General de Asistencia Sanitaria de Castilla y León. (2016). IV Plan de Salud Castilla y León, Perspectiva 2020. Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León.
20. Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Castilla-La Mancha (2018). Plan de Salud de Castilla-La Mancha 2019-2025. Gobierno de Castilla-La Mancha.
21. Durán Parrondo, C., Hermida Porto, L. y Rey Trsitán, M.J. (Coords). (2019). Plan galego de hospitalización a domicilio. Estratexia HADO 2019-2023. Consellería de Sanidad de la Xunta de Galicia.
22. Eguren Adrián, N. y Menéndez Sánchez, L.M. (2018). Estrategia de Envejecimiento Activo (ESTRENA) del Principado de Asturias. Consejería de Servicios y Derechos Sociales del Principado de Asturias
23. Elvira, D., Rodríguez, P. y Tomás, Z. (2005). Dónde y cómo prefieren vivir los mayores de hoy y mañana en España. Fundación Edad&Vida, Barcelona.
24. European Centre for Disease Prevention and Control. (2013). Point prevalence survey of healthcare-associated infections

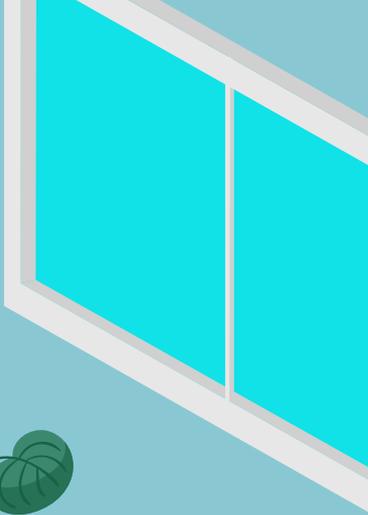
- and antimicrobial use in European acute care hospitals. [Último acceso 8/02/2021]. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/media/en/publications/Publications/healthcare-associated-infections-antimicrobial-use-PPS.pdf>
25. Fernández, C. (2020). Los pacientes crónicos, una prioridad ante el covid. La Vanguardia, 20-09-2020. [Internet]. Último acceso: 24/02/2020. Disponible en <https://www.lavanguardia.com/vida/salud/20200920/483531352934/sanidad-pacientes-cronicos-enfermedades-plataforma-ch2025-covid-boehringer-brl.html>
 26. Fundación ONCE. (2020) Accesibilidad e Innovación Social en la Atención Sanitaria. Las TIC como facilitador para un uso eficiente de la sanidad ONCE, Barcelona: ONCE. [Último acceso: 21/01/2021] <https://biblioteca.fundaciononce.es/publicaciones/colecciones-propias/coleccion-accesibilidad/accesibilidad-e-innovacion-social-en-la>
 27. Fundación Rioja Salud. (2018). I Plan Estratégico de Innovación Sanitaria de La Rioja 2017-2022. Gobierno de La Rioja
 28. Fusté, J., Cànovas, J., Oliete, C. y Fuertes, O. (2019). Análisis comparado de los modelos de atención domiciliaria sanitarios y sociales del Sistema Nacional de Salud y del Sistema de Atención a la Dependencia. Fundació Unió Catalana d'Hospitals, Barcelona.
 29. Gálvez, M., Rueda, Y. y Gomariz, V. (2020). Estudio de Impacto COVID-19 en las personas con enfermedad crónica. Plataforma de Organizaciones de Pacientes, Madrid. Disponible en: https://plataformadepacientes.org/sites/default/files/informe_covid19_final_web_ok.pdf
 30. García García, A.M., Barona Vilar, C., Irlés Rocamora, M.A. y Mas Pons, R. (Coords). (2016). IV Plan de Salud 2016-2020 de la Comunitat Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública de la Generalitat Valenciana.
 31. Gaspar Escayola, J.I. (Dir) (2002) Programa de atención a enfermos crónicos dependientes. Gobierno de Aragón, Zaragoza.
 32. Gerencia de Atención Primaria del Área de Salud de Gran Canaria. (2014). Plan Estratégico 2014-2018. Servicio Canario de Salud, Gobierno de Canarias.
 33. Gobierno de Aragón. (2018). Plan de Salud de Aragón 2030. Gobierno de Aragón, Zaragoza.
 34. Granada García, J.M. y Molina Alén, M.E. (Coords) (2013). Plan de Salud de Extremadura 2013 – 2020. Consejería de Salud y Política Social del Gobierno de Extremadura.
 35. Ibarrola Guillén, C., Libroero López, J., Celorrio Astiz, J.J., Lafita Tejedor, J., Escriche Erviti, L., Fernández Navascués, A.M., Martínez Velilla, N., Larrea Andreu, L.A., Margallo Lana, A., Gorricho Mendivil, J. y Berruezo Amatriain, U. (2018). Evaluación Estrategia Navarra de Atención Integrada a pacientes pluripatológicos a los dos años de implantación. Servicio de Efectividad y Seguridad Asistencial – Servicio Navarro de Salud- Osasunbidea- Osasun Laguntzaren Eraginkortasun eta Segurtasunerako Zerbitzua.
 36. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2019). Envejecimiento y soledad: realidad y retos para el futuro [internet]. [Último acceso: 19/01/2021]. Disponible en: <https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/jorsevilla20191113fvicente.pdf>
 37. Lafuente Robles, N., Casado Mora, M.I. y Rodríguez Gómez, S. (2015). Estrategia de Cuidados de Andalucía: nuevos retos en el cuidado de la ciudadanía. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud.
 38. Lasanta Sáez, M.J, Sobejano Tornos, I., Saenz de Pipaón Martínez de Virgala, I., Gorricho Mendivil, J., Mugarra Bidea, I. y Gabilondo Pujol, L. (2014). Plan de Salud de Navarra 2014-2020. Departamento de Salud del Gobierno de Navarra.
 39. León Rodríguez, C. (dir). (2013) Plan de Salud de Cantabria 2014-2019. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria.
 40. Maguire, D., Honeyman, M., Fenney, D. y Jabbal, J. (2021). Shaping the future of digital technology in health and social care. The King's Fund, London.
 41. Martínez-Riera, J.R. y Gras-Nieto, E. (2021). Atención domiciliaria y COVID-19. Antes, durante y después del estado de alarma. Enfermería Clínica, 31, S24-S28.
 42. Ministerio de Sanidad y Consumo y Organización Médica Colegial. (2005). Guía de Buena Práctica Clínica en la Atención Domiciliaria. pp. 17-18. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid. [Último acceso: 17/02/2021]. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/GBPC_Atencion_Domiciliaria.pdf
 43. Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012. Proyecto AP-21. Estrategias para la mejora de la Atención Primaria. Análisis de situación de la Atención Primaria. Ministerio de Sanidad y

- Consumo, Madrid. Último acceso: 22/02/2021. Disponible en https://www.mscbs.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/AP21MarcoEstrategico2007_2012.pdf
44. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social e Instituto Nacional de Estadística. (2017). Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) [internet]. [Último acceso: 20/01/2021]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>
 45. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2018). Informe del proyecto de Estratificación de la Población por Grupos de Morbilidad Ajustados (GMA) en el Sistema Nacional de Salud (2014-2016). Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, Madrid. https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/informeEstratificacionGMASNS_2014-2016.pdf
 46. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2019). Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria. Último acceso: 22/02/2021. Disponible en https://www.mscbs.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/Marco_Estrategico_APS_25Abril_2019.pdf
 47. Ministerio de Sanidad. (2020). Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2018. Demografía, indicadores de bienestar y determinantes sociales. Ministerio de Sanidad, Madrid.
 48. O'Shanahan Juan, J.J. Arocha Hernández, J.L. (2016) Plan de Salud de Canarias 2016-2017. Entre la crisis y la transformación necesaria para la innovación en la gestión de la salud y de los servicios. Consejería de Sanidad del Gobierno Autónomo de Canarias, Servicio Canario de la Salud.
 49. Observatorio de Salud en Asturias de la Dirección General de Salud Pública. (2019). Plan de Salud del Principado de Asturias 2019-2030. Poblaciones Sanas, Personas Sanas. Dirección general de Salud Pública de la Consejería de Sanidad del Principado de Asturias.
 50. OECD-European Union (2020), Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/82129230-en>.
 51. Orden /FAM/119/2014, de 25 de febrero por la que se aprueba el Programa Integral de Envejecimiento Activo
 52. Organización Mundial de la Salud. (2002). Envejecimiento activo: un marco político. Revista Española de Geriátría y Gerontología, 37, Suplemento 2, 74-105.
 53. Organización Mundial de la Salud. (2012). ¿Qué es la cobertura sanitaria universal? [Internet] [Último acceso: 9/02/2021]. Disponible en https://www.who.int/features/qa/universal_health_coverage/es/
 54. Organización Mundial de la Salud. (2015). What are integrated people-centred health services? [Internet]. Último acceso 22/02/2021. Disponible en <https://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/ipchs-what/en/>
 55. Organización Mundial de la Salud. (2016). Global diffusion of eHealth: making universal health coverage achievable. Report of the third global survey on eHealth. World Health Organization: Geneva.
 56. Pascual Fernández, C. (2019). Plan Integral de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid. 2017-2020. Dirección General de Coordinación del a Asistencia Sanitaria del Servicio Madrileño de Salud. Comunidad de Madrid.
 57. Pérez Díaz, J., Abellán García, A., Aceituno Nieto, P. y Ramiro Fariñas, D. (2020). Un perfil de las personas mayores en España, 2020. Indicadores estadísticos básicos. Informes Envejecimiento en red nº 25, 39p. Madrid. [Fecha de publicación: 12/03/2020]. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2020.pdf>
 58. Plataforma de Organizaciones de Pacientes. (2020). Las entidades miembro de la Plataforma de Organizaciones de Pacientes pedimos que se respete nuestro trabajo y se reconozca el valor que aportamos a la sociedad. [Internet] [Última consulta: 15/02/2021] Disponible en <https://www.plataformadepacientes.org/actualidad/las-entidades-miembro-de-la-plataforma-de-organizaciones-de-pacientes-pedimos-que-se>
 59. Plataforma de Organizaciones de Pacientes. (2021). Observatorio Atención al Paciente. Informe 2020. Plataforma de Organizaciones de Pacientes, Madrid. [Internet]. Último acceso: 22/02/2021. Disponible en: https://www.plataformadepacientes.org/sites/default/files/informe2021_observatorio_final_1.pdf
 60. Resolución WHA58.33. Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance. In: Fifty-eighth World Health Assembly, Geneva, 16-25 May 2005. Resolutions and decisions annex.

Geneva: World Health Organization; 2005 (WHA58/2005/REC/1; http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58-REC1/english/A58_2005_REC1-en.pdf; Último acceso: 01/03/2021

61. Santaegugènia, S. (2021). Atención integrada salud y social: definición, retos y techos de vidrio. La Gestión Importa. Salud y Sociedad. 24-02-2021. <http://lagestioimporta.cat/arees/atencion-integrada-salud-y-social-definicion-retos-y-techos-de-vidrio/?lang=es>
 62. Schalock, R.L. y Verdugo, M.A. (2002/2003). Quality of life for human service practitioners. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
 63. Servicio Madrileño de Salud. (2013) Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas en la Comunidad de Madrid. Comunidad de Madrid.
 64. Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (2021). Estadísticas mensuales. Imserso. Página web: https://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/estadisticas/info_d/estadisticas/est_inf/datos_estadisticos_saad/index.htm
 65. Sociedad Española Geriátrica y Gerontología. (2020). Las personas mayores y el hospital: Hechos y perspectivas de futuro. Gaceta, 67. [Último acceso 19/01/2021. Disponible en: <https://www.segg.es/socios/2020/05/21/las-personas-mayores-y-el-hospital-hechos-y-perspectivas-de-futuro>
 66. Vaca Bermejo, R., Monreal-Bosch, P., Bermejo García, L., Cotiello Cueria, Y., Fernández Prado, S., Limón Mendizábal, M.R., Lorente Guerrero, X., Benítez Ramírez, M.C., López Romero, E. y Rodríguez Valcarce, A. (2017). El empoderamiento en la gerontología clínica y social actual. Health, Aging & End of Life, 02, 11-26.
 67. Vaca Bermejo, R., Monreal-Bosch, P., Bermejo García, L., Cotiello Cueria, Y., Fernández Prado, S., Limón Mendizábal, M.R., Lorente Guerrero, X., Benítez Ramírez, M.C., López Romero, E. y Rodríguez Valcarce, A. (2016). El empoderamiento en el ámbito de la gerontología clínica y social. Revista Española de Geriátrica y Gerontología, 51, 187-188.
 68. Zaldívar Laguía, M.I., Gómez Picard, P.J., Fuster Culebras, J., Frontera Borruco, M., Ramos Montserrat, M.J., Prósper Gutiérrez, B., Dalmau Fortuny, F.J., Pulido, Román, G. (2017). Pla Estratègic 2016-2020. Conselleria de Salut de les Illes Balears.
- a. Datos disponibles en la página web del Proyecto SHARE: <http://www.share-project.org/home0.html>
 - b. Foro Español de Pacientes. Informe del IV Encuentro FEP de organizaciones de Pacientes. "por y para los pacientes". Ciencia y Actualidad (ISSN 2253-6485). Vol. 1, noviembre 2020: 3-55.
 - c. Real Decreto 173/2010, de 19 de febrero, por el que se modifica el Código Técnico de la Edificación, aprobado por el Real Decreto 314/2006, de 17 de marzo, en materia de accesibilidad y no discriminación de las personas con discapacidad.
 - d. Orden TMA/851/2021, de 23 de julio, por la que se desarrolla el documento técnico de condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación para el acceso y la utilización de los espacios públicos urbanizados (entra en vigor el 2/01/2022)
 - e. La última versión de la norma es la EN 301 549 V3.2.1 (2021-03): Accessibility requirements for ICT products and services.
 - f. <https://www.w3.org/TR/coga-usable/>
 - g. Más información: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1202&langId=en>
 - h. Fuente: 10 claves psicosociales para fomentar la autonomía personal de las personas mayores. Foro Lidea. 2021
 - i. Ver publicación: Productos de apoyo para la comunicación en el servicio de teleasistencia. Ceapat-Imserso. 2021
 - j. Disponibles en <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/centinelas/programas-anales-1988-2018>

10.5. NOTAS AL PIE DE PÁGINA



MEDICAL DEVICE



CONSULTATION



TENSIOMETER

DONATION BANK



REMOTE MEDICINE

STATISTICS AND ANALYSIS



DIAGNOSTIC



DIGITAL HEALTH



FIRST AID KIT



REMOTE DOCTOR



PHARMACY



BLOOD GLUCOSE METER





Fundación
Edad & Vida



fundación
Tecnología y Salud



Abbott



INDAS



Air Liquide
HEALTHCARE



Bexen medical



Ayuda. Cuida. Protege.



Mölnlycke



atenzia



BD



FRESINIUS
KABI



smiths medical
bringing technology to life



OXIMESA
NIPPON GASES



Tunstall