



Susana Navalpotro Pascual
Esther González María
Susana Martín Iglesias
M^a. José Vicente Edo
Pilar Comet Cortés
Clara Vidal Thomás

Miembros del Grupo de "Atención Domiciliaria y Continuidad de Cuidados" de la Red Temática de Investigación Cooperativa en cuidado a personas mayores (RIMARED)

Correspondencia:

Pilar Comet Cortés
Unidad de Investigación HCU. 'Lozano Blesa'
C/ Domingo Miral, s/n
50009-Zaragoza
Tfno.: 976 76 12 19; fax: 976 76 12 36
E-mail: pcomet@unizar.es

Oferta de servicios sociosanitarios
en Atención Primaria para la
atención a mayores de 65 años

*Social and health services offer
in Primary Care attention of people
older than 65*

Equipo Investigador Coordinador de RIMARED: Inés Barrio Cantalejo, Julio Cabrero García, Pilar Comet Cortés, Carmen Fuentesaz Gallego, Teresa Moreno Casbas, Adela Zabalegui Yarnoz.

Investigadores: Elena Altarribas Bolsa, M^a Jesús Ballestín Miguel, Alejandra Cano Arana, Juan Carlos Contel Segura, Irene Egurza García, Esther González María, Oscar Hernández Vian, Julia Marco Marco, Susana Martín Iglesias, Susana Navalpotro Pascual, Pilar Notivol Tejero, María José Vicente Edo, Clara Vidal Thomás, Rosa Isabel Villarés Andrés

El presente trabajo forma parte del Proyecto Científico de la Red Temática de Investigación Cooperativa en Cuidados a Personas Mayores RIMARED (2003-2005) y financiado por el Fondo de Investigación Sanitaria. (G03/100).

RESUMEN

La consolidación de poblaciones envejecidas en los países desarrollados, y concretamente en España, ha situado en primer plano la preocupación por la atención que recibe este grupo demográfico, tanto en lo que se refiere al aspecto social como al sanitario. El objetivo de este estudio es describir los servicios sociosanitarios y programas ofertados para la atención en domicilio de la población a partir de los 65 años.

SUMMARY

The consolidation of aged population in developed countries, specially in Spain, has located the preoccupation of the attention that this demographic group receives in first place, regarding social and health care. The objective of this study is to describe the social and health services programs supplied to attend the population of 65 years and older at home. This is a cross-sectional descriptive study made in a sample of convenience in autonomous communities (CC.AA.) of Aragon, Balearic Islands, Castile-Leon, Navarre, Madrid

26 Este es un estudio descriptivo transversal realizado en una muestra de conveniencia en las comunidades autónomas (CC.AA.) de Aragón, Baleares, Castilla y León, Navarra, Madrid y Cataluña durante el año 2004 a través de un cuestionario semiestructurado destinado a identificar servicios sanitarios y servicios sociales. En conjunto los programas y servicios sociosanitarios ofertados a esta población son muy similares en las CC.AA. estudiadas, pero existen diferencias en el grado de implantación de los mismos. Esto podría indicar que los cuidados llegan a la población de forma desigual según su lugar de residencia, con las consiguientes desigualdades en la atención recibida y por tanto con posibles desigualdades en salud, calidad de vida y bienestar.

PALABRAS CLAVE

Servicios sociosanitarios, atención domiciliaria, continuidad de cuidados, ancianos.

INTRODUCCIÓN

Los cambios demográficos y socioeconómicos de los últimos decenios han modificado de manera importante tanto el entorno social como el sanitario. El aumento de la esperanza de vida y la disminución de la natalidad conducen a un envejecimiento general de la población (1). Este aumento convierte el envejecimiento poblacional en el fenómeno demográfico más importante de finales del siglo XX y principios del XXI en los países desarrollados. Según el informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento de 2002 realizada en Madrid, uno de cada diez habitantes del planeta supera ahora los 60 años y se espera que en el año 2050 una de cada cinco supere esta edad (2).

Con relación a la población mayor en España, en el último siglo se ha producido un rápido crecimiento con respecto a otros grupos de edad. Mientras la población general se ha duplicado, la de mayores se ha multiplicado por seis. Según los últimos datos de las Naciones Unidas, en España, la proporción de personas mayores de 60 años en el año 2005 era del 21,4% y de mayores de 80 años el 4,1% (3). Se prevé que para el año 2050 estas cifras sean

and Catalonia, during the year 2004, through a semi-structured questionnaire destined to identify health and social services. Altogether the programs and health and social services offered to this population are very similar in the studied CC.AA., however, there are some differences in the degree of implantation of such services. This could indicate that the care that this population receives is unequal depending of their place of residence, with the consequent inequalities in the attention they receive regarding health, quality of life and well-being.

190

KEY WORDS

Social and health services, home care, continuity of care, elderly people.

del 39,7% y 12,3% respectivamente. Se calcula que en España alcanzan cada mes los 65 años unas 35.000 personas (4). Según estas estimaciones, esto va a suponer que, el número de jóvenes sea igual al número de mayores.

La distribución territorial del envejecimiento en España muestra que las CC.AA. de Cataluña, Andalucía y Madrid eran, y siguen siendo, las regiones con mayor número de personas de edad empadronadas en sus municipios. Sin embargo, Castilla y León, Aragón, Asturias y Galicia encabezan la lista de las CC.AA. más envejecidas, con tasas superiores al 20% (5).

Se prevé que el crecimiento de la población anciana en nuestro país tenga como consecuencia un aumento del gasto público real del 0,7% al año durante las próximas cinco décadas; nos queda la incógnita de cómo evolucionarán los problemas de dependencia en este período de tiempo (6).

El aumento de la longevidad tiene importantes repercusiones en los aspectos relacionados con la salud de los mayores. Las patologías que fundamentalmente padecen las personas mayores son actualmente de tipo crónico degenerativas; en términos de porcentaje, más del 60% de los mayores declara padecer una enfermedad crónica diagnóstica-



191 da por un médico. Son personas frecuentemente polimedidas, que tienen mayor riesgo de fragilidad o incapacidad y, por tanto, de una posible dependencia de cuidadores informales o del sistema sanitario. De hecho, el 23% de la población española mayor de 65 años es dependiente en cuanto a las actividades de la vida cotidiana (7).

Todo esto lleva consigo un incremento de las necesidades y de la demanda de atención sociosanitaria, requiriendo cada vez con mayor frecuencia atención en el domicilio o instituciones sociosanitarias de cuidados a corto y largo plazo. Ante este aumento notable de población anciana que se dará en los próximos años, y el probable aumento de situaciones de dependencia, es importante desarrollar programas de atención y cuidados que ayuden a mejorar la calidad de vida en este grupo de población.

En la actualidad, y a diferencia de los servicios sanitarios, los servicios sociales públicos sólo alcanzan a proporcionar ayuda a una pequeña parte de la población con características muy determinadas, como son una situación de soledad, estar muy envejecida y con escasos recursos económicos (8), a pesar de que las políticas sociosanitarias incluyen en sus estrategias temas específicos en relación a cómo mejorar los cuidados a domicilio y cómo potenciar la capacitación de los cuidadores familiares.

Este trabajo se enmarca en la "Red Temática de Investigación en Cuidados a Personas Mayores" (RIMARED) financiada por el Fondo de Investigación Sanitaria (G03/100), y corresponde al Nodo de Atención Domiciliaria y Continuidad de Cuidados. El objetivo de la Red es evaluar las necesidades de salud, la efectividad y eficiencia de los cuidados que reciben las personas de 65 años o más, con el propósito de proponer líneas de actuación e iniciativas que permitan mejorar la calidad de los cuidados de salud a través de intervenciones integrales sanitarias y de calidad.

Concretamente, el objetivo de este estudio ha sido describir los servicios sociosanitarios y programas para la atención en domicilio de la población mayor de 65 años.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal, que describe los programas sanitarios y sociales en la atención domiciliaria en una muestra de con-

27
veniencia de seis CC.AA.: Aragón, Baleares, Castilla y León, Navarra, Madrid y Cataluña durante 2004.

Se elaboró un cuestionario semiestructurado con ocho preguntas respecto a servicios sanitarios y 5 respecto a servicios sociales, dirigido a conocer cuales son los servicios o programas sociosanitarios existentes en atención domiciliaria para mayores de 65 años, los criterios de inclusión en los mismos, su cobertura horaria, los modelos de continuidad de cuidados implantados y la formación de quienes prestan los servicios. El cuestionario, autoadministrado, se envió por correo a las personas responsables de los servicios sanitarios de Atención Primaria y del sistema de Acción Social de las CC.AA. mencionadas (Anexo I). Este mismo cuestionario se utilizó para entrevistar a personas clave en cada CC.AA. La recogida de respuestas se efectuó en el primer trimestre del 2004. Se diseñó una parrilla para el volcado de la información relevante, de modo que permitiera describir y comparar los datos recogidos de las CC.AA. estudiadas (Anexo II).

Se entiende por atención domiciliaria los cuidados integrales e integrados sociales y de salud, que se prestan en el domicilio a aquellas personas que, por su situación de enfermedad o discapacidad, no pueden desplazarse a su centro de salud (9).

Continuidad de los cuidados se define como el proceso que "implica el movimiento ordenado, ininterrumpido de pacientes entre los diversos servicios del sistema sanitario" (10). La Continuidad de los cuidados implica la responsabilidad de estar disponible ante cualquier problema de salud desde el principio hasta el final del proceso cualquiera que sea el curso que pueda tomar.

RESULTADOS

Se obtuvieron respuestas de todas las CC.AA., tanto en relación con los servicios sociales como sanitarios. Los resultados se presentan de forma agrupada resaltando explícitamente las diferencias encontradas entre las distintas CC.AA.

Respecto a la atención sanitaria, en la totalidad de las CC.AA. estudiadas, existen programas específicos dirigidos a la atención de las personas mayores en el domicilio. La nomenclatura de dichos programas varía de una comunidad autónoma a otra; no obstante, aunque los servicios que

28 prestan son similares, se observan diferencias en cuanto a la implantación de estos programas de una provincia a otra o incluso dentro de la misma comunidad autónoma.

En todas las CC.AA. existen programas de atención a mayores, a pacientes inmovilizados y a pacientes terminales; si bien estos dos últimos no son exclusivos de mayores de 65 años, este grupo de población constituye su usuario mayoritario.

El programa de atención a mayores está enfocado en todas las CC.AA. a la prevención y detección de problemas físicos, psíquicos y funcionales en esta población con el fin de fomentar su autonomía física y social. El criterio de inclusión viene determinado únicamente por la edad, dirigiéndose en la mayoría de las CC.AA. a personas mayores de 75 años.

Los programas de atención al paciente terminal y el inmovilizado tienen como objetivos el desarrollo longitudinal de cuidados integrales e integrados, sociales y de salud en el domicilio. Sus principales beneficiarios son ancianos de alto riesgo, determinado por la edad (mayores de 80 años), por las situaciones de soledad, de aislamiento social, de bajo soporte familiar o situaciones de duelo; igualmente son beneficiarios todos los pacientes en fase terminal al margen del origen del proceso o de su edad. Estos programas son apoyados en diferente medida, dependiendo de cada comunidad autónoma, por Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD/PADES).

En todas las CC.AA., los criterios de inclusión utilizados en los programas de pacientes inmovilizados hacen referencia a personas que “pasan la mayor parte de su tiempo en la cama (que sólo pueden abandonar con ayuda de otras personas) y personas con dificultad importante para desplazarse (que les impide salir de su domicilio, salvo casos excepcionales)”. En el programa de atención al paciente terminal, el padecer enfermedad avanzada, progresiva e inevitable, y con pronóstico de vida no superior a 6 meses, es utilizado como criterio de inclusión.

Existen diferencias en cuanto al grado de implantación de cada uno de los programas señalados entre CC.AA. y dentro de las mismas. A modo de ejemplo, en la Comunidad Autónoma de Madrid existen programas diferentes en cada una de las áreas de salud, con distintos criterios de inclusión en cuanto a la edad y heterogeneidad con respecto a las actividades que se incluyen en ellos. A

diferencia de otras comunidades, en Navarra existe el programa de gestión sociosanitaria que puede ser solicitado por el usuario o por el profesional. Este es un programa de descentralización administrativa de las prestaciones sociosanitarias en el que se procede a la cumplimentación y tramitación de dichas prestaciones desde el propio centro de salud.

En cuanto a la cobertura horaria de los programas de atención al anciano, inmovilizado y terminal, existe una gran variabilidad entre las CC.AA. y dentro de las mismas, en función de las características de cada centro de salud. El denominador común es la oferta de los servicios mencionados en atención programada, de lunes a viernes o sábado, en horarios que varían entre las 8:00 y las 20:00 ó 21:00 horas especialmente en el medio urbano, o entre las 8:00 y las 15:00 horas en el medio rural. Existen servicios de urgencias o de atención continuada para toda la población que atienden por igual a pacientes inmovilizados y terminales una vez finalizada la jornada ordinaria.

La continuidad de cuidados, definida como el proceso que “implica el movimiento ordenado, ininterrumpido de pacientes entre los diversos servicios del sistema sanitario” (10), implica la interrelación entre los diferentes niveles asistenciales a través del intercambio de información, con el fin de asegurar la continuidad asistencial de los cuidados del paciente. En todas las CC.AA. estudiadas existen modelos de continuidad de cuidados tales como ESAD/PADES (equipos de soporte de atención domiciliaria). Son equipos que se dirigen al cuidado en el domicilio de personas en situación terminal, con enfermedad crónica avanzada con grandes limitaciones, y personas con dificultad importante para el desplazamiento o que pasan la mayor parte del tiempo en cama. Las UFFIS (unidades de valoración geriátrica) son equipos ubicados en hospitales cuya función es valorar de manera integral pacientes ingresados que requieren continuidad asistencial cuando la persona vaya a su domicilio, facilitando un alta de calidad y la transferencia a dispositivos asistenciales con una determinada intensidad de servicios como hospitales de día, unidades de convalecencia etc., siempre buscando el recurso más adecuado para el paciente y su familia.

Existen además otro tipo de servicios, como es el caso de Cataluña, donde existen oficinas de enlace y CIMSS (comisiones interdisciplinarias sociosanitarias), que son



193 equipos gestores de casos que valoran el nivel de dependencia y los recursos más adecuados, a través de un documento de valoración médica y de enfermería. Estos equipos están integrados por profesionales que representan a los diferentes agentes y/u organizaciones afectadas (equipos de Atención Primaria, centros sociosanitarios, PADES).

En todas las CC.AA. se utiliza como mecanismo de comunicación, además del informe médico, el informe de enfermería al alta, aunque este último tiene un grado muy diferente de implantación y aceptación.

En general, la cobertura horaria de los servicios de continuidad de cuidados es de lunes a viernes en horario de mañana, aunque en la Comunidad Balear se prolonga durante la tarde. Es necesario subrayar que, a pesar de la similitud entre CC.AA. respecto a las características de los servicios ofertados, existen grandes diferencias en cuanto a su grado de implantación entre CC.AA. y dentro de las mismas. Por ejemplo, en Cataluña existen 64 Equipos de Atención Domiciliaria (PADES) mientras que en Aragón hay 2 (ESAD); en Cataluña hay 56 UFFIS frente a una que existe en Aragón localizada en Zaragoza. Los ESAD de Aragón se encuentran en Zaragoza y Huesca (aunque éste depende de la Asociación Española contra el Cáncer), mientras que no hay ninguno en Teruel. En Castilla y León, Navarra y Madrid tampoco existen los ESAD en todas las Áreas de Atención Primaria, y en algunas de la Comunidad de Madrid no se emplean informes de enfermería al alta.

En cuanto a los servicios sociales ofertados, en general hay gran similitud entre las CC.AA. Se trata de ayudas domésticas referidas a la alimentación, ropa, limpieza y mantenimiento de la vivienda, servicio de comidas y de lavandería, programa respiro (estancias cortas en residencias), ayudas para realizar adaptaciones en el hogar, ayudas económicas para andadores y sillas de ruedas y servicio de teleasistencia. El acceso a estos servicios requiere una valoración por parte del trabajador social, con la colaboración en ocasiones del Equipo de Atención Primaria. Habitualmente se tiene en cuenta la situación económica, la red de apoyo sociofamiliar y el nivel de dependencia.

Existe otro tipo de servicios que, si bien se ofertan en la casi totalidad de las CC.AA. estudiadas, su implantación en algunas ha sido muy puntual, mientras que en otras se han implantado de forma generalizada. Este es el caso de Aragón, donde existen servicios que comportan

actividades relativas a la compañía, como acompañamiento fuera del hogar para la realización de gestiones, visitas al médico y facilitar actividades de ocio en el domicilio. Igualmente ocurre en Cataluña y Navarra, donde existen viviendas tuteladas. En Baleares hay la posibilidad de un programa de acogida a familia/personas en el domicilio particular de ancianos. Existen prestaciones económicas para reparación de instalaciones, vivienda, audífonos, gafas, ayudas odontológicas, y se prestan camas articuladas cuando hay disponibilidad, si bien hay variaciones entre CC.AA. respecto a la cuantía. En Navarra se proporcionan ayudas ortoprotésicas, préstamos de camas, sillas de ruedas, andadores y ayudas económicas para desplazamientos. Los profesionales que realizan la atención domiciliaria desde los centros de salud son fundamentalmente médicos, enfermeras y trabajadores sociales.

Para la atención sanitaria y social de estos profesionales en materia de atención domiciliaria, no existe formación específica reglada aunque se suelen impartir cursos de formación continuada en casi todas las CC.AA. El acceso a estos cursos es de carácter voluntario y, en general, dan cobertura a un porcentaje de profesionales muy bajo cada año. En cuanto a la formación de los trabajadores de asistencia a domicilio (auxiliares domiciliarios del hogar...), existen programas reglados y no reglados. Por ejemplo, en Navarra son organizados por la Universidad Pública de Navarra, y por el INAP (Instituto Navarro de Administración Pública) y en Castilla y León existe en la actualidad un curso teórico-práctico de 315 horas. En Madrid son las entidades adjudicatarias del contrato quienes están obligadas a proporcionar formación a los auxiliares del hogar, mientras que en Baleares se realizan cursos en instituciones privadas y Cruz Roja. En Aragón suelen recibir algunas sesiones formativas en cuidados domiciliarios a cargo de diferentes entidades, fundaciones, sindicatos y en Cataluña la formación tiene un desarrollo muy puntual.

DISCUSIÓN

Se puede observar que, en conjunto, hay muchas similitudes en el tipo de servicios sanitarios y sociales ofertados por las CC.AA. estudiadas, así como en los criterios de inclusión para acceder a los mismos. No obstante, las

30 principales diferencias se producen en aspectos relacionados con el modo en que se organizan dichos servicios, en su grado de implantación y desarrollo, y en el nivel que alcanzan las prestaciones sociales recibidas.

Aspectos como la cobertura horaria y la distribución de servicios podrían estar relacionados con las características poblacionales y geográficas de las muy diversas áreas de salud que integran las CC.AA. estudiadas, y no necesariamente tienen que interpretarse como una carencia. Sin embargo, las diferencias dentro de la misma comunidad autónoma y entre las distintas CC.AA. en el grado de implantación y desarrollo de los diferentes servicios, o en el tipo y cantidad de las prestaciones sociales recibidas podrían estar indicando que los cuidados formales llegan a la población de forma desigual según su lugar de residencia, lo que podría conducir a desigualdades en la atención recibida por los mayores, con las consiguientes repercusiones sobre su salud, calidad de vida y bienestar.

La existencia de muchas similitudes respecto a los servicios sanitarios puede explicarse, en parte, por la dependencia del antiguo INSALUD de las CC.AA. de Aragón, Castilla y León, Madrid y Baleares hasta el año 2002; se puede considerar que las transferencias en materia de salud realizadas a estas CC.AA. son aún recientes para poner de manifiesto diferencias sustanciales en las prestaciones ofertadas. Sin embargo, el hecho de que a partir de esa fecha cada comunidad autónoma tenga sus competencias en cuanto a la asistencia sanitaria nos hace plantear la conveniencia de realizar nuevas investigaciones sobre la evolución en la prestación de servicios y el grado de cobertura de las necesidades sociosanitarias de las personas mayores; más aún si se tiene en cuenta el previsible aumento de la población mayor que supondrá a su vez un aumento en la dependencia y la necesidad de cuidados.

La ley de dependencia debe igualmente ser objeto de seguimiento y puede suponer un impulso en los cuidados recibidos por los mayores en su domicilio; teniendo en cuenta que entre el 6% y el 9% de los mayores de 65 años, y hasta el 20% de los mayores de 85 precisan atención domiciliaria (11); será necesaria la planificación de políticas sostenibles que garanticen el cuidado de los mayores en el futuro, invirtiendo en prevención, desarrollando el cuidado en el domicilio, fomentando la continuidad de cuidados y potenciando una buena coordina-

ción sociosanitaria. Es importante que todos los pacientes recluidos en el domicilio se beneficien de dicha atención, realizada por los profesionales sanitarios, y existe evidencia de que la eficacia de este servicio es superior en algunos grupos concretos de población como son los pacientes ancianos y dependientes (11).

Este proceso del cuidado deberá ser coordinado, integrar todas las necesidades del paciente y debe implicar tanto el hospital, como atención primaria y el hogar del paciente.

Para proporcionar estos cuidados con eficacia, una gama de profesionales de diversos sectores deben de coordinar su propio trabajo y colaborar con otros para poder resolver las necesidades de los usuarios del servicio de forma individual. La coordinación es importante al trabajar con las personas mayores porque es un elemento esencial en la planificación de los programas, especialmente para las personas que experimentan tratamientos muy largos, a menudo desde diferentes servicios. La principal limitación de nuestro estudio es que la información solicitada se refiere a la comunidad autónoma, lo que ofrece una imagen muy general, pero no ha permitido conocer en detalle las particularidades dentro de cada comunidad autónoma, excepto cuando hemos obtenido la información por parte de algunos informantes. Sería de interés continuar con una investigación que permitiera profundizar más, al menos en el ámbito de área de salud. Por otra parte, si bien se han recibido respuestas de todas las instituciones a las que se solicitó información, no todas las encuestas se han respondido con el mismo grado de exhaustividad, con la consiguiente repercusión en la calidad de la información. En algunos casos han llegado a existir contradicciones entre diferentes informantes de la misma comunidad autónoma.

Sin duda, el volumen de personas que van a necesitar atención domiciliaria en un futuro seguirá creciendo, debido en gran medida al envejecimiento de la población. Para consolidar la atención domiciliaria y continuidad de cuidados, será necesario adecuar las plantillas, formar a los profesionales en áreas concretas, como geriatría, dotar y ampliar recursos a los equipos de Atención Primaria. También será necesario adoptar formas de coordinación con otros niveles y servicios asistenciales eficaces para facilitar la atención integral del anciano,



195 siendo esencial y necesaria de la integración de los profesionales de la salud y de la atención social.

Hasta la fecha no se ha realizado en España un estudio similar a este, si bien existen publicaciones, como una creada por el grupo ATDOM (12) sobre modelos, re-

31 cursos e implementación del programa de atención domiciliaria en la sanidad pública catalana en la que también resalta la insuficiencia de los recursos sociales y la falta de coordinación con otros niveles asistenciales, asignatura pendiente en todo el territorio nacional.

BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERO). Plan de Acción para las personas mayores 2003-2007. Madrid: IMSERSO; 2003.
2. II Asamblea Internacional del Envejecimiento, abril 2002. Plan Internacional sobre envejecimiento 2002. versión oficioso. <http://www.madrid2002-envejecimiento.org>.
3. United Nation Populaton División, World Population Prospects: the 2004 revision. Versión electrónica. [Acceso: 22 de junio de 2005]. [Disponible en: http://www.un.org/esa/population/publications/WPP2004/2004Highlights_finalrevised.pdf].
4. INE. Censos de Población Española 2001. Versión electrónica: <http://www.ine.es>.
5. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERO). Plan de Acción para las personas mayores 2003-2007. Madrid: IMSERSO; 2003.
6. Herce JA, Ahn N, Alonso J. Gasto sanitario y envejecimiento de la población en España. Madrid: Fundación BBVA; 2003.
7. Ministerio de Sanidad y Consumo. Indicadores de Salud. Tercera Evaluación en España del programa regional Europeo Salud para Todos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1995.
8. Porto F, Rodríguez P. Evolución y extensión del servicio de ayuda a domicilio en España. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. Madrid: IMSERSO; 1998.
9. Benítez del Rosario MA. Reflexiones sobre la realidad de la atención domiciliaria. Atención Primaria 2003; 31 (8): 473-9.
10. Bachrach L. Continuity of Care for Chronic Mental Patients: A conceptual Analysis. Am J Psych 1981; 138 (11): 1449-56.
11. Esteban Sobrevela JM, Ramírez Puerta D, Sánchez del Corral Usaola F. Guía de buena practica clínica en Atención Domiciliaria. Madrid: OMCE y Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
12. Grupo ATDOM de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria. Aproximación a la atención domiciliaria. ¿Cómo trabaja la sanidad pública catalana la atención domiciliaria? Aten Primaria 2003; 31 (8): 473-9.

ANEXO 1. Cuestionario enviado a responsables de servicios sociales y sanitarios

ESTUDIO BÁSICO SOBRE LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA Y CONTINUIDAD DE CUIDADOS PARA MAYORES DE 65 AÑOS

Nombre del investigador

Comunidad autónoma

Datos de contacto de la persona e institución que proporciona la información

Nombre	
Puesto	
Institución	
Dirección	
Teléfono	
Fax	
E-mail	
Web	

SERVICIO SANITARIO

1. ¿Qué servicios/programas/ayudas existen en atención domiciliaria para mayores de 65 años?
Especificar los programas
 - 1.a. Especificar denominación y características del programa.
 - 1.b. Especificar la cobertura horaria de cada programa de Atención Domiciliaria y el carácter programado o de demanda.
2. ¿Qué criterios se utilizan para incluir al mayor de 65 años en los servicios/programas/ayudas?
Especificar
3. ¿Quién proporciona los servicios en el domicilio? (Perfil profesional y formación)

ANEXO 1. (continuación)

3.a. Señalar el perfil profesional en los programas descritos en la pregunta 1.

Perfil profesional	Programa	Programa	Programa	Programa	Programa
Enfermera					
Médico					
Trabajador social					
Fisioterapeuta					
Terapeuta ocupacional					
Otros: especificar					

3.b. Formación. ¿Existe algún programa de formación específico para el desempeño de las actividades de Atención Domiciliaria y Continuidad de Cuidados? Especificar.

4. Modelos de interrelación entre los diferentes niveles asistenciales

4.a. Modelos.

- Informe alta de enfermería
- Enfermería de enlace con atención directa o sin atención directa
- Unidad de valoración geriátricas (UFISS)
- Equipos de soporte ESAD/PADES
- Unidades de paliativos
- Interrelación entre servicios sociales y sanitarios
- Otros (especificar)

4.b. Cobertura. Especificar la cobertura horaria de cada modelo de Continuidad de cuidados y el carácter programado o de demanda.

5. Demandas y ayudas técnicas

¿Existe algún programa de provisión o financiación de ayudas técnicas? ¿Qué tipos? Enumerar y hacer una breve descripción.

SERVICIOS SOCIALES

6. ¿Qué servicios/ayudas técnicas y económicas existen en Atención Domiciliaria para mayores de 65 años relacionadas con la persona/medio domiciliario/entorno exterior? (Especificar cuáles y sus características)

SERVICIOS/AYUDA

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Teleasistencia | <input type="checkbox"/> | Adaptación domiciliaria | <input type="checkbox"/> |
| Programa respiro | <input type="checkbox"/> | Lavandería | <input type="checkbox"/> |
| Ayuda a domicilio | <input type="checkbox"/> | Ayudas técnicas | <input type="checkbox"/> |
| Servicio de comidas | <input type="checkbox"/> | Supresión de barreras | <input type="checkbox"/> |
| | | Otros (especificar): | |

7. ¿Qué criterios se utilizan para incluir a los mayores de 65 años en los /servicios/ayudas? Especificar

8. ¿Quién proporciona los servicios o ayudas? (Perfil y formación de los profesionales)

8.a. Señalar el perfil profesional de cada servicio/ayuda descritos en la pregunta 6.

Perfil profesional	Servicio	Servicio	Servicio	Servicio	Servicio
Trabajador social					
Auxiliar domiciliario					
Voluntariado					
Otros: especificar					

8.b. Formación. ¿Existe alguna formación específica para el desempeño de estos servicios? Especificar.

ANEXO 2. Parrilla de volcado de información obtenida en los cuestionarios

	Atención domiciliaria	Continuidad de cuidados	Criterios de inclusión		Cobertura horaria	Formación
			Sanitario	Social		
Aragón						
Baleares						
Cataluña						
Castilla-León						
Madrid						
Navarra						