

## **Intervención enfermera en atención holística domiciliaria, herramientas informáticas**

Juan José Tirado Darder<sup>1</sup> y Nuria López Aliaga<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidad Cardenal Herrera CEU (España);

<sup>2</sup>Centro de salud Serrería II (España)

La Ley 39/2006 contempla en el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia, en cuanto a promover la autonomía personal y garantizar la atención y protección a las personas en situación de dependencia cuestión que no se cumple, ya que la potenciación de los recursos domiciliarios en la mayoría de las autonomías del estado Español es muy inferior a las necesidades reales de la población. Así pues, el trabajo afronta de forma holística un nuevo paradigma con la elaboración de un algoritmo de atención en la visita domiciliaria, y el posterior desarrollo de un programa de cuidados informatizado, que permitirá unificar y estandarizar la actuación de los profesionales de enfermería, proporcionando coherencia al resto del equipo socio-sanitario. Este tipo de actuaciones incidirá de manera decisiva en el coste del servicio y en la correcta asignación de los recursos adecuados a los niveles de dependencia de los usuarios, haciendo que la atención domiciliaria holística no se limite a cubrir las demandas de salud de forma paliativa, y convertirse en una filosofía de trabajo integradora de todos y cada uno de los problemas socio-sanitarios que presenten los demandantes, buscando soluciones y entendiéndose como un cambio en la estrategia actual de los servicios socio-sanitarios fomentando la autonomía personal.

*Palabras clave:* Dependencia, cuidados, atención domiciliaria, holística.

*Nursing intervention in home care holistic services, computing tools.* The law 39/2006 considers in the Autonomy and Dependand Attention System, to promote the personal autonomy and to guarantee the attention and protection to the people who are in a dependand situation, which is not being accomplished. This is due to the fact that the promotion in the resources talking about home medical cares in the majority of the spanish autonomies is lower than the real needs of the population. Therefore, the work faces in a holistic way a new paradigm with the production of an algorithm of home medical cares attention, and the following development of a program of computerized cares, which will allow to join and standardize the action of the nursing professionals, providing coherence to the rest of the socio-sanitary equipment. This type of interventions will have an impact in a very decisive way on the cost of the service and in the correct asignment of the correct resources to the levels of dependance of the clients, making, in this way, that the holistical home medical care is not just restricted to cover the health requests and demands in a palliative way, and to be converted in a conciliatory work philosophy of all the socio-sanitary problems that the complainants could present, looking for answers and to be understood as a change in the actual strategy of the socio-sanitary services, encouraging the personal autonomy.

*Keywords:* Dependance, cares, home medical care, holistic.

---

Correspondencia: Dr. Juan José Tirado Darder. Universidad Cardenal Herrera CEU-Valencia.  
C/ Mossen Cuenca, 53-B. C.P.: 46012. Valencia (España). E-mail: [juanjo.tirado@gmail.com](mailto:juanjo.tirado@gmail.com)

La demografía presenta un panorama de envejecimiento de la población que cada país intenta abordar de formas más o menos efectiva (Puyol, 2006). Desde ese año inicio de la crisis que ha afectado a la población Europea y en especial a la Española, se ha realizado un seguimiento de la situación económica de la población mayor produciéndose en términos absolutos como relativos, una gran variación en el estado del bienestar. Su análisis nos debe conducir a la búsqueda de caminos alternativos para entender las necesidades presentes y futuras de ese sector de la población. (Nieto, 2015).

La falta de previsión y medidas correctoras son ahora, pese a estar pronosticado desde hace décadas (López, 1989), un problema que precisa de planificación, con rigor académico y soluciones que no admiten demora. Por otra parte, el desarrollo de la Ley de la Dependencia en las distintas Autonomías propicia criterios diferentes a la hora de atender a los usuarios en los distintos recursos socio-sanitarios.

Existe en la actualidad una descoordinación administrativa en todo el territorio español, cuestión ésta reconocida en el informe de la Fundación Alternativas (Kahale, 2009). Dicho informe plantea dudas acerca de si se está garantizando el derecho subjetivo, reconocido por Ley, en todas las regiones de manera igualitaria, cuestión planteada también recientemente en el libro subdesarrollo social de España (Navarro, 2015). Por ello, es aconsejable establecer mecanismos de coordinación entre las diferentes administraciones en los que exista diálogo, consenso y colaboración (Álvarez, 2009) para unificar criterios que cubran las demandas sociales.

El 30 de noviembre de 2006 el Congreso de los Diputados aprobó la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Según esta normativa, se establece en España un nuevo derecho universal y subjetivo de ciudadanía que garantizará la atención y los cuidados a las personas dependientes, tanto mayores como con discapacidad, que no se puedan valer por sí mismas. Dicha ley considera al Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) como el cuarto pilar del Estado del Bienestar tras el Sistema Nacional de Salud, el Sistema Educativo y el Sistema de Pensiones, desarrollados en los años ochenta.

La ley contempla el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia como un instrumento para promover la autonomía personal y garantizar la atención y protección a las personas en situación de dependencia en todo el territorio del Estado, con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas en el ejercicio de sus competencias. De esta forma, se configura una red pública, diversificada, que pretende integrar de forma coordinada centros y servicios, ya sean públicos o privados.

La ley promueve la potenciación de los recursos domiciliarios tal como indica Cervera: “la lógica pasa por centrar esfuerzos en recursos Domiciliarios de mantenimiento de los Dependientes en su hogar” (Cervera, 2007).

Ante esto hemos de destacar que el nivel de cobertura de la asistencia a domicilio (AD) presentado por el Instituto Nacional de Estadística (INE) es muy inferior a las necesidades reales de la población. Al margen de la titularidad que ostente, el incremento de la misma debe constituir un objetivo en la tarea de las administraciones, con el fin de afrontar el mantenimiento del Estado de Bienestar que tanto se predica (Gráficos 1-2).

Gráfico 1. SAD (INE 2008)

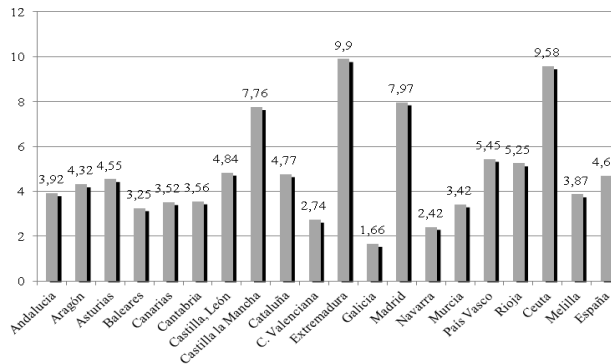
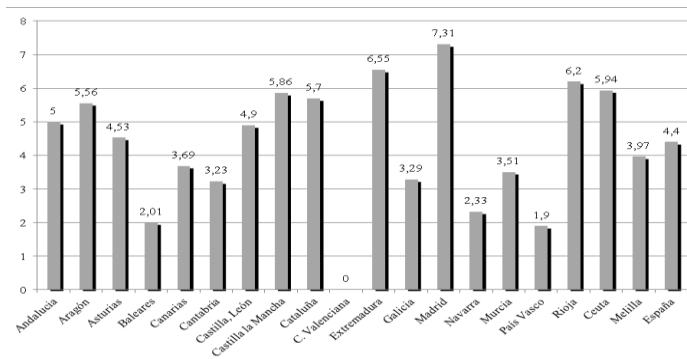


Gráfico 2. SAD (INE 2012)



La situación actual en España, basándonos en los datos publicados por el Observatorio Nacional de la Dependencia (Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales, 2010), nos muestra un panorama desolador que actualmente continua debido a la crisis, y que recoge las siguientes conclusiones:

Los servicios residenciales han tocado techo. Si bien en algunos territorios se han realizado inversiones y conciertos para incrementar el número de plazas residenciales disponibles, este recurso no crecerá al ritmo de la posible demanda y

veremos cómo su prescripción irá en disminución paulatina, a pesar de la elevada tasa de sustitución en este tipo de dispositivos (nuevas altas debidas a bajas por fallecimiento).

Los servicios de proximidad, en general, no han sido desarrollados, si exceptuamos los significativos incrementos en prescripción de Ayudas a Domicilio en Andalucía (de un total de 70.428 ayudas a domicilio a 1 de mayo de 2010, más de la mitad -36.678- corresponden a la Comunidad Andaluza, los demás territorios apenas han recomendado este tipo de servicio. Otro tanto sucede con los Centros de Día, cuya utilización es prácticamente residual).

Ante esta realidad, los enfermeros pueden resultar claves en la gestión y unificación de criterios, ya que es la ley quien les da amparo en la realización de cuidados y la continuidad de los mismos en personas sanas o con patologías de salud.

Paralelamente, y por necesidad, no podemos desdeñar la realidad que debe imperar en la racionalización de los recursos; por lo tanto, se debe contar con los avances en tecnología aplicada a los cuidados para permitir mejorar la calidad de vida. Tal y como se afirma en el dossier sobre la inteligencia ambiental (Reig, 2006), las potencialidades de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, y el caso específico de la inteligencia ambiental, aplicado a las personas en situación de dependencia, de discapacidad o pertenecientes a colectivos especialmente vulnerables, obligan a plantearnos situar a la persona como el elemento central de cualquier modelo social o sistema tecnológico, revisando y dando respuesta a las nuevas demandas de la ciudadanía y a los retos sociales emergentes.

Hay evidencias de que la puesta en marcha de procedimientos informatizados mejoran la atención de personas dependientes, donde se garantiza la mejor atención del servicio favoreciendo el trabajo diario de gestión en un 84% y dejando cifras del 92,4% de mejora global de la atención. Ello indica claramente que se hace necesario, a día de hoy, implantar infraestructuras de gestión que, al igual que la desarrollada en este trabajo, aseguren y controlen la calidad de los servicios prestados. En esta línea, a nivel nacional se están intentando implantar sistemas informáticos que mejoren el rendimiento de las personas y los servicios, generando un aumento de la calidad de la atención (Domínguez, 2012).

Es una evidencia que la mecanización de los cuidados de enfermería disminuye la variabilidad de la práctica clínica y homogeneiza los cuidados, aumentando la implicación de los profesionales. La evaluación del proceso, de los resultados y de la adhesión de los profesionales, es una parte imprescindible para la mejora continua (Olmedo, 2010).

Los distintos trabajos realizados sobre este tema nos permiten confirmar desde los inicios de estas iniciativas, en los años noventa, el interés de las ciencias sanitarias en el avance tecnológico (González, 1999).

La elaboración de un algoritmo de atención a la visita domiciliaria, con el posterior desarrollo de un programa de cuidados informatizado, permitirá unificar y estandarizar la actuación de los profesionales de enfermería, proporcionando coherencia al resto del equipo socio-sanitario, cuestión debatida y presentada por diferentes autores (Tirado, 2010; Vallejo, 2014).

Su implementación incidirá de manera decisiva en el coste del servicio y en la correcta asignación de los recursos adecuados a los niveles de dependencia de los usuarios, lo que, posiblemente, generará distintas ventajas, tanto sanitarias como sociales.

De cara al usuario, y con la aplicación de las nuevas tecnologías, se puede generar en el dependiente mayor una sensación de continuidad en la atención, destacando la inmediatez con que las acciones terapéuticas y demás consejos ofrecidos tras la valoración domiciliaria le serían entregados, proporcionándoles guías que les permitan el mantenimiento reglado de sus cuidados, junto a las intervenciones que, tanto él mismo como sus cuidadores, deberán llevar a cabo para mantener sus niveles de independencia el mayor tiempo posible.

La atención domiciliaria holística es el tipo de asistencia o cuidados que se presta en el domicilio a aquellas personas y a su familia, que debido a su estado de salud o a otros criterios previamente establecidos por el equipo, no pueden desplazarse al centro de salud, y que pretenden como meta final cubrir cualquier necesidad de forma general que se presente en el mantenimiento de la calidad de la salud de los individuos, por parte de todos los roles profesionales implicados en el proceso. El trato digno es el derecho de los usuarios a ser tratados como personas, más que como pacientes; y cordialmente por el personal. (Carrillo, 2009).

Este tipo de atención domiciliaria no se limita a cubrir las demandas de salud de forma paliativa, es un equipo con una filosofía de trabajo integradora de todos y cada uno de los problemas socio-sanitarios que presenten los demandantes, entendiéndose como un cambio en la estrategia actual de los servicios de salud, implicando a todos los actores, usuarios, familias y todos los recursos disponibles en el área de ubicación del domicilio.

En el caso de la enfermería se cumple con los criterios de profesionalización ya que se dispone de un método científico de trabajo, el Proceso de Atención de Enfermería, y un carácter profesional holístico al menos en su enfoque teórico, lo que convierte a estos profesionales pieza clave de todo el proceso. (Hernández, 2004).

### *Objetivo*

Diseño de un algoritmo para la realización de la atención domiciliaria holística.

### *Objetivo específico*

Crear una aplicación informática sencilla y adaptada al método de valoración que presenta la actual Ley de la Dependencia que permita generar, de forma individualizada y a la vez estandarizada un Plan de cuidados inmediato tras la valoración de necesidades, con la finalidad del mantenimiento de la autonomía personal evitando variabilidad en la actuación enfermera.

Comparación de tiempos en la realización de valoraciones manuales o mecanizadas sobre una muestra de 120 sujetos.

## **MÉTODO**

Creación y diseño de un algoritmo de atención domiciliaria al que se incorpora una herramienta de valoración automatizada (informatizada) de la funcionalidad de los usuarios que se encuentren en situación susceptible de dependencia, ya sea por la edad o por enfermedades incapacitantes. Con ítems reales que sean capaces, tras su análisis, de establecer el pertinente plan de cuidados que permita la actuación del profesional de enfermería o, en su caso, proceder a la delegación de tareas y/o a la derivación a otros agentes implicados en la atención del mayor dependiente.

Validación de la aplicabilidad en la gestión de los tiempos de la metodología desarrollada en una población de individuos ancianos atendidos en sus domicilios, en la provincia de Valencia que quisieran participar en la investigación con la realización de un Análisis T-test y Anova de los datos obtenidos.

### *Instrumentos*

Para la realización del algoritmo de visita domiciliaria holística se mantuvieron reuniones con enfermeros que realizan esta labor de forma sanitaria y con trabajadores sociales que lo hacen de forma social, consiguiendo y recopilando información que permitiera simplificar de forma gráfica esta tarea, para conseguir que la atención se realice de forma global socio-sanitaria.

Al tiempo, y con el fin tanto de reforzar los conocimientos sobre la valoración en los domicilios, como de recoger ideas, se procedió a la realización de la primera parte de la recogida de datos de forma manual a personas de edad avanzada.

Para el desarrollo de la aplicación informática se ha utilizado PHP. Se trata de un lenguaje interpretado (script) de propósito general ampliamente usado, diseñado especialmente para desarrollo Web y que puede ser incrustado dentro del código HTML. Generalmente, se ejecuta en un servidor Web, tomando el código en PHP como su entrada y creando páginas Web como salida. Puede ser desplegado en la mayoría de los servidores Web y en casi todos los sistemas operativos y plataformas sin costo alguno.

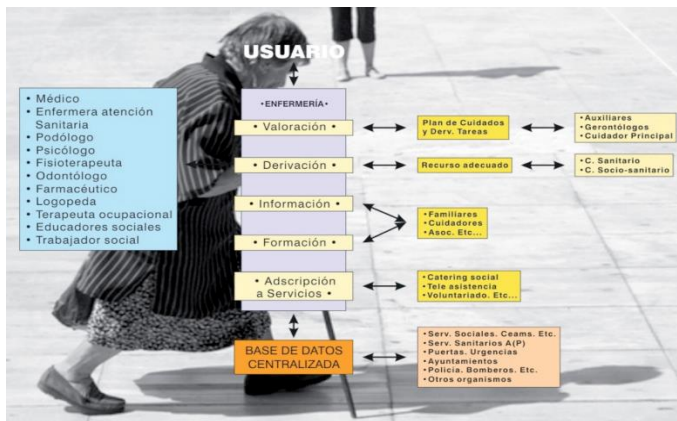
Como base de datos para el manejo de registros se ha usado:

MySQL, es un sistema de gestión de base de datos relacional, multihilo y multiusuario, con más de seis millones de instalaciones. MySQL AB —desde enero de 2008 una subsidiaria de Sun Microsystems y ésta a su vez de Oracle Corporation, desde abril de 2009— desarrolla MySQL como software libre en un esquema de licenciamiento dual.

### *Procedimiento*

Se trata de una investigación analítica de tipo prospectivo que, tras la utilización del algoritmo diseñado (Ilustración 1), ha desarrollado una aplicación informática (Ilustración 2) adaptada al método de valoración de la discapacidad que presenta la actual Ley de la Dependencia: baremo o instrumento de valoración, publicado en fecha de 21 de abril de 2007. (REAL DECRETO 504/2007, de 20 de abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006), utilizando en primer término la valoración de la funcionalidad por medio del Barthel.

*Ilustración 1. Algoritmo visita domiciliaría holística*



Tras la pertinente autorización individual, en cuanto a protección de datos (en los anexos se adjunta el modelo de formulario de consentimiento informado relleno por los usuarios o familiares, Anexo Consentimiento informado 1) han sido valorados 120 individuos utilizando la aplicación informática y esos mismos sin la aplicación. En todos los casos se procedió a medir los tiempos de intervención tanto de forma manual como mecanizada, en dos tandas, para efectuar la comparación del modelo informatizado frente el modelo tradicional.

Ilustración 2. Herramienta informática (MPCADH)



Por lo tanto, en nuestro trabajo se procedió a la realización de la valoración de un grupo de usuarios (120) utilizando metodologías convencionales y un grupo de usuarios (120) mediante la utilización de nuestra propuesta de evaluación mediante algoritmo y la aplicación informática (MPCADH).

#### *Análisis de datos*

La evaluación de la herramienta informática generada en base al algoritmo de atención ha sido llevada a cabo según cada uno de los criterios de resultado planteados, a partir de los cuales se ha establecido la muestra sobre la que practicar la aplicación del instrumento, analizándola desde una perspectiva piloto. Se han comparado los tiempos de ejecución de las valoraciones de los niveles de dependencia.

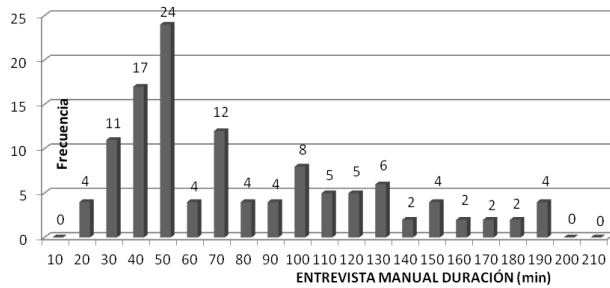
En la distribución de las valoraciones realizadas de forma manual en función de su duración se aprecia un amplio espectro de tiempos de valoración de los usuarios, comprendidos entre los 10 minutos hasta los 190 minutos, no siempre ajustándose a su nivel de dependencia, ya que en la entrevista para la valoración de la dependencia intervienen muchos factores. De ahí que no se pueda garantizar que un nivel de dependencia leve deba corresponder necesariamente a un menor tiempo en la duración de la entrevista, tal como sería lógico pensar (Tabla 1 y Gráfico 3).

Tabla 1. Duración entrevista valoración

	Número	Valores Barthel		Duración entrevista (min.)	
		Media	Desv. Típica	Media	Desv. Típica
<b>Manual</b>					
Con cuidador	61	62.7	23.3	78.2	49.3
Sin cuidador	59	75.9	20.3	70.7	44.3
<b>Automático</b>					
Con cuidador	61	64.4	18.4	57.4	18.2
Sin cuidador	59	71.9	17.3	54.6	17.7



Gráfico 3. Duración entrevistas manual t-test



Este mismo gráfico nos permite ver que esa gran variabilidad en la duración de las valoraciones plantea altos niveles de incertidumbre y podría tener un amplio impacto en la planificación y organización de la atención.

Con respecto a la distribución de las valoraciones realizadas de forma automática en función de su duración, podemos apreciar que se produce una agrupación en los tiempos de éstas, concentrándose entre los diez y los cien minutos. Esta distribución nos permite cierto nivel de aproximación en términos predictivos a la duración de las valoraciones (Gráfico 4).

La agrupación de los valores de duración de las valoraciones nos informa de una mayor eficiencia a favor de la utilización de procesos automáticos, lo que se evidencia de una manera clara y rotunda cuando se expresan los valores de ambos en un diagrama de cajas, (Gráfico 5). También se ofrece una distribución de las valoraciones realizadas de forma automática en función de su duración, donde se pueden apreciar los valores mínimo y máximo, los cuartiles Q1, Q2 o mediana, y Q3. Se puede observar que la representación de las valoraciones automáticas no muestra valores atípicos y, aunque existe una mínima asimetría de la distribución, ésta no es apreciable.

Gráfico 4. Duración entrevistas automatizada t-test

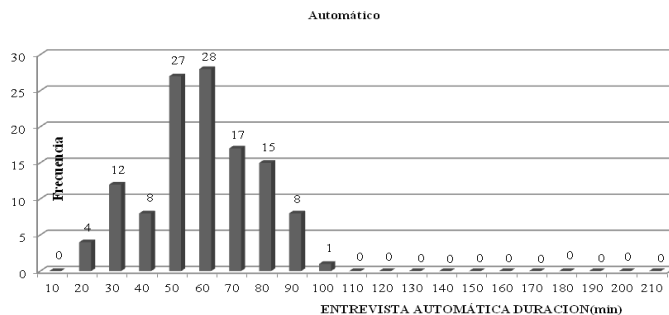
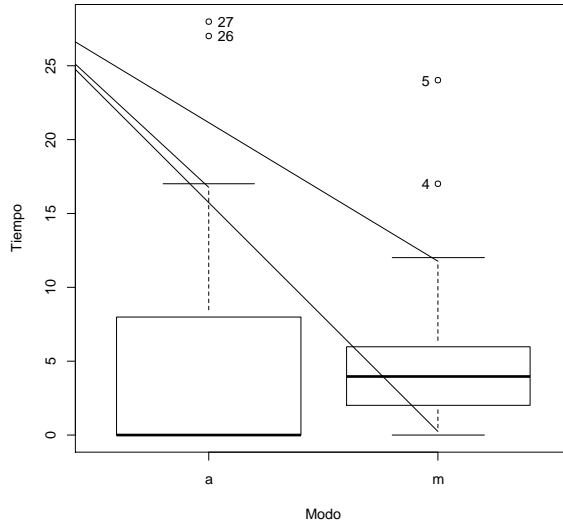


Gráfico 5. Comparación tiempos entrevistas t-test



Nota: a= Automático; m= Manual.

Adicionalmente, hemos considerado necesario profundizar en el análisis de los resultados obtenidos para clarificar sin ninguna duda que estos serían similares a realizarlos con otros grupos de control.

Tabla 2. Análisis Varianza

TOTAL	BARTHEL	ENTREVISTA MIN
Media	68.63	65.28
Desviación típica	20.57	36.59
Varianza	422.95	1.338.96
Valor mínimo	15	15
Valor máximo	100	95
Mediana	70	60
Moda	80	60
MANUAL	BARTHEL	ENTREVISTA MIN
Media	69.18	74.53
Desviación típica	22.75	46.66
Varianza	517.68	2.195.65
Valor mínimo	15	15
Valor máximo	100	190
Mediana	70	60.5
Moda	100	45
MECANIZADA	BARTHEL	ENTREVISTA MIN
Media	68.08	56.03
Desviación típica	18.2	17.92
Varianza	331.17	321.12
Valor mínimo	20	15
Valor máximo	100	95
Mediana	70	60
Moda	80	60

El método elegido es el análisis de varianza, que se utiliza para verificar si hay diferencias estadísticamente significativas entre medias cuando trabajamos con más de dos muestras o grupos en el mismo planteamiento. El estadístico que empleamos es el siguiente:  $F = \text{Varianza entre grupos} / \text{varianza dentro de los grupos}$  (Tabla 2).

En cuanto a la duración de la entrevista, el valor  $F$  es alto (18.57) mientras que la probabilidad de que sea estadísticamente NO significativo es muy baja (menor de 0.0001) (Tablas 3-4).

Tabla 3. Duración entrevista 1- Análisis Varianza

	MANUAL	MECANIZADA	TOTAL
NÚMERO	120	120	240
SUMA VALORES	8.943	6.724	15.667
MEDIA	75	560.333	65.2792
SUMA DE CUADRADOS	927.759	414.982	1.342.741
VARIANZA	2195.6464	321.1249	1.338.96
DESVIACIÓN TÍPICA	46.8577	17.92	36
ERROR	4.2775	1.6359	2.362

Tabla 4. Duración entrevista 2 - Anova

	SUMA DE CUADRADOS	GRADOS DE LIBERTAD	DESVIACIÓN CUADRÁTICA MEDIA	$F$	$p$
TRATAMIENTO ENTRE GRUPOS	20516.5041	1	50516.5041	18.5702	<0.0001
ERROR	131471.9959	119	1104.8067		
SUMA CUADRADOS /Bi	168023.7958	119			
TOTAL	320012.2958	239			

## RESULTADOS

Se ha conseguido un algoritmo (Anexos-ilustración-1) de trabajo domiciliario holístico que permite mantener una estructura uniforme, a la hora de realizar las visitas domiciliarias, donde se contempla desde la valoración los siguientes ítems: creación de un plan de promoción y atención en el mantenimiento de la autonomía personal, generando una derivación de tareas al usuario o cuidadores formales o informales y una derivación a otros roles del equipo socio-sanitario, hasta llegar a las propuestas de derivación a otros recursos según el nivel de funcionalidad de la persona valorada.

Por otra parte, es necesario que los valores obtenidos sean evaluados en términos operativos y de aplicabilidad. La planificación y organización de la atención a nivel social y sanitario se vería claramente beneficiada mediante la utilización de la herramienta informática creada (Anexos-ilustración-2). Una herramienta informática de la que se podrían obtener, también, otros beneficios entre los que se podrían anticipar que la aplicación de este instrumento conduciría a una reducción de la variabilidad en la práctica en dos sentidos; inicialmente, reduciría el tiempo que el personal sanitario

utilizaría, tanto en la valoración como en la producción de los planes individuales de cuidados, optimizando la atención socio-sanitaria en su conjunto y por el otro optimiza la atención. El aspecto importante detallado en el presente trabajo es la reducción de los tiempos en términos de planificación, ya que tendría un trascendente impacto en la manera en la que se organizarían los servicios socio-sanitarios, añadiendo un plus al valor del dinero invertido en dicha atención, facilitando la verdadera labor de la enfermera al disponer de tiempo para aconsejar, promocionar la autonomía personal y proporcionar la deseada continuidad de cuidados.

## **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

El cálculo de ratios de profesionales está ligado a la presión asistencial y, paralelamente, a las habilidades de los profesionales a la hora de realizar sus tareas o actividades. El hecho de que se tengan guías y protocolos de actuación permite calcular aproximadamente los tiempos de ejecución y obtener una media que permita estos cálculos; si a esto se le añade la utilización adecuada de las TIC, tal como coincide nuestro trabajo con el realizado por Domínguez, podemos avanzar que este ratio puede ser modificado para favorecer la continuidad de cuidados, fomentando en todo momento la posibilidad de satisfacer las necesidades de educación para la salud y la promoción del autocuidado y haciendo partícipe tanto al usuario como al cuidador principal.

Asimismo, las herramientas informáticas permiten consensuar la información que debe contener el informe de continuidad de cuidados con el fin de que sea útil para los profesionales de otros roles y niveles asistenciales, tal como avanza Linares ya que en la toma de decisiones sobre las estrategias a seguir se debe contar con los profesionales de los distintos ámbitos.

Tanto el algoritmo de actuación diseñado, como la herramienta MPCADH creada, pueden permitir la normalización y homogeneización de los informes de enfermería, evitando la variabilidad de actuaciones, así como la incorporación de protocolos y guías de prácticas clínicas, contribuyendo de manera decidida a unificar esos criterios de actuación y proporcionando, en el caso del informe de enfermería, como indica Tirado, una información que sea de utilidad tanto para otros profesionales, como para el paciente y su cuidador.

La creación del algoritmo facilita la unificación de actuaciones en los responsables del equipo de atención socio-sanitaria.

Se ha demostrado que la herramienta informática, fruto de esta investigación, reduce significativamente los tiempos en valoración de la autonomía personal de los usuarios.

## REFERENCIAS

- Álvarez-Bermejo, J.A., Hernández-Capel, D.M., Belmonte-Ureña, L.J., y Roca-Piera, J. (2009). Sistema de información web para agilizar la gestión y mejorar los servicios especiales de atención a las personas dependientes. *Revista de Calidad Asistencial*, 24(6), 256-262.
- Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales. Informe de seguimiento del SAAD). 2010. Valencia: Observatorio Estatal de la Dependencia.
- Cervera, M. (2007). "Modelo de futuro del servicio de atención a domicilio". Conferencia I Congreso Internacional de Dependencia y Calidad de Vida. Valencia: Fundación Edad y Vida.
- Observatorio Estatal de la Dependencia (2010). Informe de Seguimiento del SAAD a Mayo de 2010. Madrid: Asociación de directores y gerentes de servicios sociales en España.
- Domínguez, F.J.T., y Domínguez, M. R. R. (2012). Aplicaciones de enfermeras usadas en IC s. Hacia un nuevo Modelo de Gestión. *ENE, Revista de Enfermería*, 4(2), 10-18.
- González, R.M., Barandiarán, M.J., y Pérez de Eulate, P. (1999). La informatización de los cuidados de Enfermería: Programa Zaineri de Osakidetza. *Revista de Calidad Asistencial*, 14(3), 200-206.
- Instituto Nacional de Estadística (2015). Servicio público de ayuda a domicilio: INE, noviembre 2008-2011. Disponible en: [www.ines.es](http://www.ines.es) [visita el 10 de diciembre de 2014].
- KaHale, D.T. (2009). *La cobertura de la situación de dependencia. Estudios de Progreso*. Madrid: Fundación Alternativas.
- López, L.V. (1989). La Atención Domiciliaria Local: Una Presentación del «Informe Griffiths». *Cuadernos de Trabajo Social*, 18(2), 41-46.
- Olmedo, M.C., Sanchidrián de Blas, C., PláMestre, R., Puente González, M.D., y Rodríguez, P. (2010). Sistemática para la protocolización de los cuidados de enfermería. *Revista de calidad asistencial*, 25(5), 268-274.
- Puyol, R., y Abellán, A. (2006). *Envejecimiento y dependencia. Una mirada al panorama futuro de la población española*. Madrid: Mondial Assistance.
- Reig, J. (2006). La Inteligencia ambiental. *Minusval. Instituto Nacional de Servicios Sociales*, 158(3), 31-33.
- Tirado, J.J. (2010). *Hacia un futuro mejor. La enfermería al cuidado de las personas. Guía de atención gerontológica en atención domiciliaria*. Ediciones CECOVA: Alicante.
- Vallejo, E.E., Sagardia, B.E., Agudo, M.J.G., Arrate, A.O., Usandizaga, A.Z., Larauogoitia, L.Z., y Albizua, O. (2014). Elección consensuada de una herramienta común de valoración sociosanitaria en la CAPV. *Revista de servicios sociales*, 56(6), 41-57.

Recibido: 25 de febrero de 2016

Recepción Modificaciones: 14 de abril de 2016

Aceptado: 16 de abril de 2016