

Aproximación a la atención domiciliaria. ¿Cómo trabaja la sanidad pública catalana la atención domiciliaria?

Grupo ATDOM de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària^a

Objetivo. Conocer el modelo de organización, recursos e implementación del programa de atención domiciliaria (ATDOM) en la sanidad pública catalana, y las dificultades expresadas por los profesionales de atención primaria.

Diseño. Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento. Comunidad Autónoma de Cataluña.

Participantes. Un total de 214 centros de atención primaria (CAP) reformados, de los que respondieron al cuestionario 112 (52,3%).

Mediciones principales. Cuestionario semiestructurado y autoadministrado enviado por correo, con variables para la identificación del centro, sus recursos, organización y protocolización de la ATDOM. La recogida de respuestas se efectuó entre julio y noviembre de 2000.

Resultados. La utilización del programa ATDOM fue del 90,2% (IC del 95%, 84,7-95,7%), con 5,6 años de aplicación media. La enfermería lidera el programa en el 64% de los casos, dedicando 5,09 h/semana, el doble que los médicos y los trabajadores sociales. La informatización de datos es un 31,3%, más elevada ($p < 0,05$) en Gerona (51%) y en los CAP de gestión privada (70%). El 70% de los CAP posee un trabajador social, el 13% dispone de una enfermera de soporte y el 50% está coordinado con centros sociosanitarios. El 79,5% (IC del 95%, 72,1-86,9%) de los CAP utiliza protocolos específicos: úlceras (69,1%), terminales (43,6%), encamados (41,8%) y dolor (40,9%). La valoración se realiza con las escalas de Barthel (73,2%), Mini-Examen-Cognoscitivo (73,2%) y Norton (53,6%). Son frecuentes la formación continuada en ATDOM (66%) y las actividades para cuidadores (> 75%). Las principales dificultades son la presión asistencial (65,2%), el tiempo (51,8%), los recursos sociales insuficientes (43,8%) y la falta de coordinación con otros niveles asistenciales (33%).

Conclusiones. Se destacan el compromiso de la enfermería en ATDOM, la escasa informatización y la limitación de los recursos sociosanitarios, la uniformidad de los protocolos y escalas de valoración, y la coincidencia respecto a las dificultades actuales.

Palabras clave: Atención domiciliaria. Programa de salud. Atención primaria.

AN APPROACH TO HOME CARE. HOW DOES THE CATALONIAN PUBLIC HEALTH SYSTEM HANDLE HOME CARE?

Objective. To describe the organizational model, resources and implementation of the home care program run by the Catalonian public health service, and to note difficulties reported by primary care professionals.

Design. Cross-sectional, descriptive study.

Setting. Autonomous Community of Catalonia.

Participants. 214 primary care centers (PCCs) operating under reformed administrative procedures were surveyed, and responses were obtained from 112 (52.3%).

Main measures. Semistructured, self-administered questionnaire sent by mail, with variables that identified the center, resources, organization and use of protocols for home care. Questionnaires were collected during July to November, 2000.

Results. Home care programs were being used at 90.2% (95% CI, 84.7%-95.7%) of the centers, and had been in effect for a mean of 5.6 years. Nursing services predominated in 64% of the case, with nurses spending a mean of 5.09 h/week on the program, twice as much time as physicians and social workers. The mean rate of computerization of the data was 31.3%, and was highest ($P < .05$) in Gerona (51%) and in PCCs run privately (70%). Of all participating PCCs, 70% had social workers on the staff, 13% had a home care nurse and 50% operated in coordination with social services.

Of all PCCs, 79.5% (95% CI, 72.1%-86.9%) used specific protocols for pressure sores (69.1%), terminal illnesses (43.6%), bedridden patients (41.8%) and pain management (40.9%). Evaluations were done with the Barthel scale (73.2%), the Mini-Mental State Examination (73.2%) and the Norton scale (53.6%). Continuing education (66%) and activities for care providers (>75%) were frequent in home care programs. The main difficulties identified were the burden of care (65.2%), time constraints (51.8%), inadequate social support (43.8%) and lack of coordination with other levels of care (33%).

Conclusions. Noteworthy findings were the dedication of nursing staff to the home care programs, the low level of computerization of the data, the limitations in social service resources, the uniformity of assessment protocols and scales, and the agreement regarding current difficulties.

Key words: Home care. Health programs. Primary care.

English version available at

www.atencionprimaria.com/52.469

A este artículo sigue un comentario editorial (pág. 478)

^aMiembros del Grupo ATDOM de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària: J.I. Aóiz Linares (ABS Santa Perpetua de Mogoda), A. Aranzana Martínez (CAP Montcada i Reixac), P. Babi Rourera (ABS La Pau), R.B. Muñoz Muñoz (ABS La Salut), I. Castellà Dagà (ABS Girona-2), F. Cegri Lombardo (ABS Via Barcino), I. González Díaz (ABS Morera-Pomar), M. Guerrero Gancedo (ABS Raval Sud), S. Lancho Lancho (ABS Raval Nord), E. Maroto Martínez (ABS Sant Martí), M. Marsà Carretero (ABS Raval Nord), N. Martí Guadaño (ABS Raval Nord), A.M. Pérez del Molino Cucurny (CAP Les Corts) y J.M. Segura Noguera (ABS Raval Nord).

Correspondencia:
Grupo ATDOM. Comisión de Investigación.
Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària.
Portaferrisa, 8, pral.
08002 Barcelona. España.
Correo electrónico:
jseguran@meditex.es

Manuscrito recibido el 4 de abril de 2002.

Manuscrito aceptado para su publicación el 21 de octubre de 2002.

Introducción

La importancia creciente de la atención domiciliaria (ATDOM), condicionada por el progresivo envejecimiento de la población, junto con las mejoras en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades crónicas^{1,2}, es un fenómeno que implica que se destinen cada vez más recursos, tanto humanos como materiales, para atender esta demanda. Es importante estimar la carga asistencial que este tipo de atención puede suponer para el equipo de atención primaria (EAP), tanto en función de las características individuales de los enfermos^{3,4} como a partir de modelos predictivos de base poblacional⁵.

La ATDOM es una tarea propia de los EAP desde el mismo origen de la reforma. Si bien en determinadas comunidades autónomas se han sumado otros profesionales de soporte (p. ej., los equipos PADES en Cataluña), el grueso de la asistencia a domicilio sigue realizándose desde la atención primaria.

Una de las dificultades de la ATDOM estriba en su misma definición, que no se realiza, como es habitual entre los médicos, según una enfermedad sino según una circunstancia biopsicosocial: el enfermo no puede salir del domicilio. Quizá por ello, la forma de la asistencia varíe según la enfermedad, la circunstancia social o el estado emocional, tanto del paciente como de su cuidador.

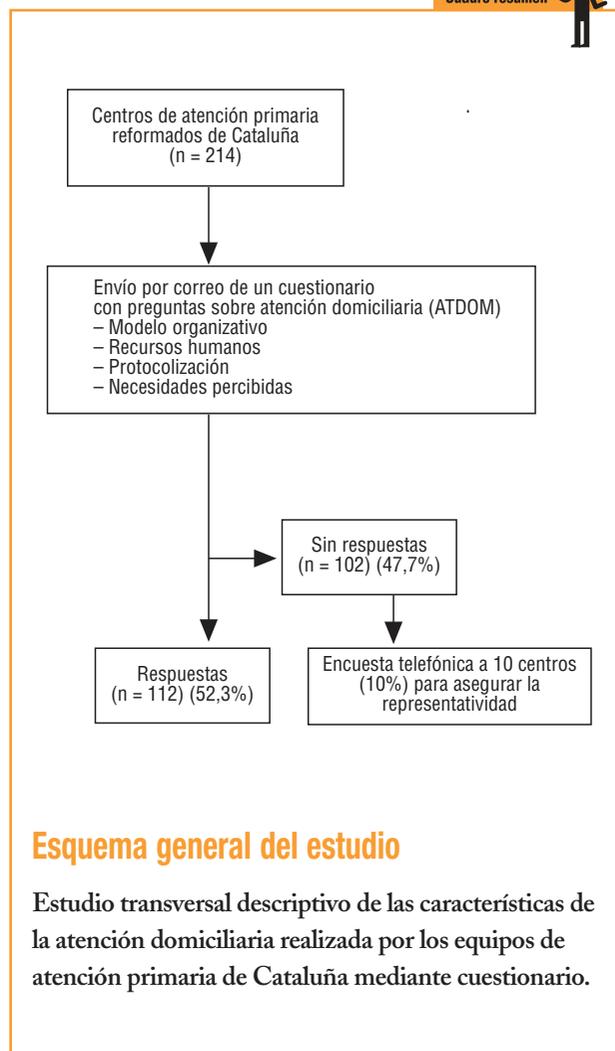
Los estudios para la valoración de programas de ATDOM o bien de protocolos específicos (pacientes con demencias, úlceras, o bien sobre la atención al cuidador) han sido numerosos en la última década, pero son menos frecuentes aquellos que estudian el grado de implementación de los programas, el tipo de instrumentos de medida más utilizados y las dificultades de los profesionales en la atención domiciliaria.

El Grupo de Atención Domiciliaria de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària ha pretendido conocer nuestra realidad mediante el estudio que presentamos, inspirado en un estudio anterior realizado el año 1991 en Cataluña y publicado el año 1993 por Lacasa et al⁶.

El objetivo de nuestro estudio ha sido conocer el grado de implementación de algún programa de ATDOM en los distintos EAP de Cataluña: el modelo organizativo, la implicación de los distintos profesionales, los protocolos por enfermedades, los instrumentos de medida, y los recursos internos y externos. El objetivo secundario ha sido conocer las dificultades que los profesionales referían para la correcta realización de la ATDOM. Encuestas como la presentada en este trabajo ayudan, por otra parte, a profundizar en la situación actual de la ATDOM en nuestro ámbito, aportando datos diferenciales según las provincias, la densidad de población y las características de los EAP.

Material y métodos

Cuadro resumen



Esquema general del estudio

Estudio transversal descriptivo de las características de la atención domiciliaria realizada por los equipos de atención primaria de Cataluña mediante cuestionario.

Material y métodos

En el contexto del Grupo de Atención Domiciliaria de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (SCMFic) se diseñó un estudio descriptivo transversal para conocer el modelo de organización, recursos e implementación del programa de ATDOM en atención primaria dentro de la Sanidad Pública Catalana el año 1999.

En primer lugar, se confeccionó un cuestionario, semiestructurado y autoadministrado, con el beneplácito del Grupo de Comunicación de la SCMFic. En el cuestionario se recogían datos sobre la identificación del centro, sus recursos humanos, el modelo organizativo de la ATDOM (tiempo, responsabilidades de los distintos profesionales, formación continuada en ATDOM, número de pacientes incluidos), las variables de protocolización de la ATDOM (tipos de protocolos para enfermedades específicas, escalas de medida de la autonomía, estado cognitivo, úlcera de presión) y, finalmente, las necesidades percibidas por los profesionales sanitarios para la correcta realización de la asistencia a domicilio.

El cuestionario se remitió por correo a los 214 Centros de Atención Primaria (CAP) reformados de Cataluña, identificados según los listados de la SCMFic. El cuestionario se acompañaba de una carta de presentación, que explicaba los objetivos del estudio. Así mismo, en la carta se daban instrucciones básicas para la correcta cumplimentación del cuestionario por parte del responsable del programa ATDOM o, en su defecto, los profesionales de la dirección del CAP. Una vez cumplimentada la encuesta, ésta debía ser devuelta también por correo a la sede de la SCMFic. Los resultados de la encuesta se recogieron durante los meses de julio a noviembre del año 2000 y, de los 214 CAP a los que se envió el cuestionario, 112 (52,3%) respondieron a la encuesta remitida. Hay que destacar que las preguntas del cuestionario hacían referencia a información sobre ATDOM del año 1999.

Los datos fueron implementados en una base de datos y, posteriormente, tratados con el paquete estadístico SPSS-9.0. Para el análisis entre variables cualitativas se utilizó la prueba de la χ^2 . También se han utilizado el test de la t de Student y el análisis de la varianza, con la prueba de Scheffé para la comparación de medias. El nivel de significación habitualmente utilizado fue $\alpha = 0,05$. Finalmente, para asegurar la representatividad de la muestra, se realizó una encuesta telefónica con las mismas preguntas a un 10% de los CAP que no respondieron al cuestionario, sin obtener diferencias entre las mismas.

Resultados

El índice de respuestas fue del 52,3%, con la siguiente distribución por provincias: el 71,8% fueron CAP de Barcelona, el 12,7% de Gerona, el 9,1% de Lérida y el 6,4% de Tarragona. En proporción, la provincia que respondió más encuestas fue Gerona, con el 73,7%. Un 66,4% de estos CAP es de ámbito urbano, frente al 33,6% de ámbito rural. El 75,9% es gestionado por el Institut Català de la Salut (ICS) y un 24,1% por otros proveedores. Predominan los centros no docentes (69,7%) sobre los docentes (30,3%), con un promedio de 9 Unidades Básicas Asistenciales (UBA) y 8,4 años de funcionamiento.

El 90,2% (IC del 95%, 84,7-95,7%) de los centros utilizan un programa ATDOM con un promedio de 5,6 años de aplicación, resultando los responsables del programa un 53,3% personal de enfermería, un 20% médicos, un 11,1% ambos y en el 15,6% otras personas. Por otra parte, el personal de enfermería dedica el doble de horas a la semana (5,09 h) que los médicos (2,85 h) y los trabajadores sociales (2,65 h) para la atención a domicilio. La informatización de los datos sobre la atención domiciliaria es del 31,3%, siendo significativamente más alta ($p < 0,05$) en Girona (51%) y en los CAP de gestión privada (70%).

Cuando se analizaron los recursos del programa ATDOM, un 70% de los CAP disponen de un trabajador social en el equipo, un 13% de enfermera de soporte y más del 60% recibe apoyo del Programa de Atención Domiciliaria Equipo de Soporte (PADES). Asimismo, se establecen circuitos de coordinación con los centros sociosanitarios en el 50% y con las UFISS en un 32% de los centros.

El 79,5% (IC del 95%, 72,1-86,9%)

de los centros utilizan protocolos específicos. Los protocolos (tabla 1) que más se emplean son: valoración del riesgo de úlceras (69,1%), pacientes terminales (43,6%), pacientes encamados (41,8%) y dolor (40,9%). Estos protocolos son utilizados sobre todo ($p < 0,05$) por los centros docentes (91,2%; IC del 95%, 85,3-97%).

En la valoración global del paciente, las principales escalas utilizadas son: la escala de Barthel (73,2%) para la valoración del grado de autonomía según las actividades de la vida diaria, el Mini-Examen Cognoscitivo

(MEC) para la valoración mental (73,2%), y la escala de Norton (53,6%) cuando se analiza el riesgo de sufrir úlceras. También se han utilizado otras escalas de interés para determinar el grado de autonomía (Katz, 17,9%; OARS, 7,2%), para la valoración mental (SPMSQ de Pfeiffer, 30,4%; Set-test, 10,7%; Test del informador 3,6%) y para el riesgo de úlceras (Braden, 21,4%; Arnell 2,8%).

Un 66% de los centros realizan formación continuada en ATDOM y más del 75% realiza formación a los cuidadores: «Riesgos en el hogar» (68,6%) y «Cuidamos al cuidador» (59,2%).

Cuando se analizaron las principales dificultades (tabla 2) que refieren los profesionales sanitarios de los centros de atención primaria para implantar un programa ATDOM encontramos que el 65,2% procede de la presión asistencial, el 51,8% por tiempo insuficiente, el 43,8% por recursos sociales insuficientes y el 33% por falta de coordinación con otros niveles asistenciales.

TABLA 1 Principales protocolos utilizados en atención domiciliaria

Protocolos	EAP que los utilizan (%)
Úlceras por presión	69,1%
Terminales	43,6%
Encamados	41,8%
Dolor	40,9%
Eliminación	38,2%
Alimentación	30,9%
Oxigenoterapia domiciliaria	29,4%
Demencias	23,6%
Sondaje	7,2%
Duelo	2,7%
Incontinencia	2,7%
Hemiplejía	0,9%

TABLA 2 Principales dificultades para la atención domiciliaria

Dificultades referidas	EAP que las expresan (%)
Presión asistencial	65,2%
Tiempo insuficiente	51,8%
Falta de recursos sociales	43,8%
Falta de coordinación entre niveles asistenciales	33,0%
Motivación insuficiente	19,6%
Dispersión geográfica	18,7%
Falta de recursos humanos	16,1%
Composición estructural del EAP	11,6%

Discusión

Discusión
Cuadro resumen



El presente estudio ha pretendido analizar la situación actual de la ATDOM en Cataluña. Aunque el número de centros que pudieron ser entrevistados fue ligeramente superior al 50%, consideramos este porcentaje de respuestas como aceptable en una encuesta de estas características. Además, la representatividad del estudio queda demostrada al no presentar diferencias en las respuestas al cuestionario entre los CAP que respondieron y los que no lo hicieron.

El programa ATDOM es el instrumento necesario para que el EAP pueda realizar una atención a domicilio de forma correcta y organizada^{7,8}. Para ello es necesario tener en cuenta todos los recursos disponibles^{9,10} y realizar una evaluación periódica según los objetivos definidos previamente durante todo el seguimiento de la valoración integral de estos enfermos¹¹⁻¹⁶. En este sentido, merece la pena destacar el importante incremento en la implementación del programa ATDOM⁶ ya que, actualmente, el 90% de los centros encuestados lo utilizan en su actividad habitual, siendo el personal de enfermería el responsable del mismo en más de la mitad de los centros. Este personal dedica actualmente el doble de tiempo a la ATDOM respecto a otros profesionales (médico, asistente social). Además, programas como «Salut a casa»¹⁷, recientemente implementado de forma piloto en la ciudad de Barcelona, deberían servir para aumentar más la dedicación en ATDOM, en especial potenciando el papel del personal de enfermería. La utilización de protocolos específicos, mayoritaria y cercana al 80%, es superior en los centros docentes respecto a los no docentes. Por otra parte, la informatización de los datos de ATDOM, alrededor del 30%, debe incrementarse claramente, en especial en los centros de gestión pública. Los datos de nuestra encuesta demuestran que, aunque existan circuitos definidos respecto a la ATDOM, debe mejorar la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales.

La formación continuada en ATDOM es fundamental y, aunque se realiza en más de la mitad de los centros encuestados (66%), creemos que debe ser incorporada como una actividad formativa periódica en la totalidad de nuestros centros de atención primaria. La mayoría de las actividades de formación continuada van encaminadas a la prevención de riesgos en el domicilio^{18,19} y a proporcionar un adecuado soporte al cuidador²⁰. Respecto a este último aspecto, se han citado²¹⁻²³ en los cuidadores problemas físicos como dorsalgias y lumbalgias de repetición, y psíquicos como alteraciones en las escalas de ansiedad y depresión de Goldberg (EADG)^{24,25}, sobre todo cuando el cuidador era un familiar^{26,27}. Así mismo, es muy importante realizar una valoración adecuada²⁸⁻³¹ de la autonomía y la capacidad cognitiva del paciente crónico domiciliario, ya que el deterioro físico y mental relacionado con la edad también se ha asociado con un mayor malestar psí-

Lo conocido sobre el tema

- El último estudio sobre la situación de la atención domiciliaria en Cataluña fue realizado en el año 1991.
- Ha existido un progresivo incremento en la implementación de programas de atención domiciliaria.
- Era necesario analizar la situación actual de la atención domiciliaria

Qué aporta este estudio

- Se evidencia la importancia actual de la atención domiciliaria, aunque persisten ciertas dificultades para planificar una ATDOM de calidad.
- Existe un notable consenso en los criterios de actuación utilizados para la ATDOM por los profesionales de centros reformados.
- En la ATDOM quedan patentes tanto el papel fundamental del personal de enfermería como los insuficientes recursos sociales.

quico del cuidador²⁶. La incapacidad de un miembro de la familia es un potencial factor estresante dentro del núcleo familiar²⁷; este incremento de la ansiedad puede aumentar el consumo de psicofármacos³², tanto en los pacientes incapacitados como en su cuidador³³.

Los datos de nuestra encuesta demuestran que, para la valoración integral del paciente, los instrumentos más utilizados en Cataluña son el test de Barthel para medir el grado de autonomía, el MEC para la capacidad cognitiva, y la escala de Norton para el riesgo de úlceras. Respecto al grado de autonomía, se ha producido un aumento de la utilización del test de Barthel (más útil en pacientes en proceso de rehabilitación) respecto al índice de Katz, buen predictor³⁴ también de la frecuentación de visitas y de la supervivencia e institucionalización de los pacientes. Es destacable, también, la utilización como segunda opción de un test breve, como el SPMSQ, para medir la capacidad cognitiva de los pacientes.

Como se ha comentado al inicio de esta Discusión, consideramos el número de centros entrevistados (ligeramente superior al 50%) como aceptable en una encuesta de estas características, y probablemente no constituya una limitación del estudio, aunque no asegura la ausencia de sesgos de selección. Para asegurar la representatividad de la muestra, se realizó una encuesta telefónica con las mismas preguntas a un 10% de los CAP que no respondieron al cuestionario, sin objetivar diferencias entre las mismas. Por

otra parte, al tratarse de una encuesta autoadministrada, se evita la posible existencia de sesgos de información por baja fiabilidad entre entrevistadores. Por último, debemos destacar que las principales dificultades que expresan los profesionales son conocidas por todos: la elevada presión asistencial que provoca una dedicación a la ATDOM inferior a la deseada, recursos sociales insuficientes y una inadecuada coordinación entre niveles asistenciales. Es de esperar que se produzcan cambios importantes que permitan avanzar de forma eficiente³⁵ en la superación de estas dificultades que los profesionales sanitarios de atención primaria de Cataluña nos señalan con claridad.

Bibliografía

- Taylor RB. Home care. En: Taylor RB, editor. Family medicine: principles and practice. New York: Springer Verlag, 1978.
- Luker KA, Perkins ES. The elderly at home: service needs and provision. *J Royal Col Gen Pract* 1987;37:248-50.
- Albrecht M. The Albrecht nursing model for home healthcare: implications for research, practice, and education. *Public Health Nursing* 1990;7:118-26.
- Kempen G, Surmeijer TH. Professional home care for the elderly: an application of the andersen-newman model in the Netherlands. *Soc Sci Med* 1991;33:1081-9.
- Segura JM, Sanz F, Bastida N, Martí N, González C, Guerrero M. Descripción y validación de un modelo predictivo de la distribución geográfica de los enfermos crónicos domiciliarios. *Aten Primaria* 1996;17:292-4.
- Lacasa C, Forés M, Ris H. Desenvolupament de l'atenció domiciliària a Catalunya. Enquesta als EAP. *Salut Catalunya* 1993;7:222-5.
- Borrell F. Programas de salud en atención primaria. Necesidad de innovaciones metodológicas. *Aten Primaria* 1986;3:91-6.
- Forés M, Lacasa C, Ris H. El programa d'atenció domiciliària en un EAP. Elements del programa marc. Departament de Sanitat i Seguritat Social. Institut d'Estudis de la Salut. *Salut Catalunya* 1992;6:95-9.
- Pinault R, Daveuly C. La planificación sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias. 2.ª ed. Barcelona: Masson, 1989.
- Segura JM, Bastida N, Martí N, González C. Atención domiciliaria: estudio previo a la implantación de un programa. *Aten Primaria* 1994;14:852.
- Benítez MA, Hernández P, Barreto J. Evaluación geriátrica exhaustiva en atención primaria: valoración de su utilidad. *Aten Primaria* 1994;13:20-6.
- González Montalvo JI, Jaramillo Gómez E, Rodríguez Mañas L, Guillén Llera F, Salgado Alba A. Estudio evolutivo de los pacientes en asistencia geriátrica domiciliaria a los 18 meses. *Rev Clin Esp* 1990;187:165-9.
- López Pisa RM, Agüera Villar B. Atenció domiciliària: avaluació de 5 anys de funcionament del programa. *Salut Catalunya* 1995;9:203-7.
- Segura JM, Bastida N, Martí N, Riba M. Atenció domiciliària: avaluació dels tres primers anys de funcionament d'un programa. *Butlletí SCMFic* 1998;69:21-4.
- Bilbao I, Gastaminza AM, García JA, Quindimil JA, López JL, Huidobro L. Los pacientes domiciliarios crónicos y su entorno en atención primaria de salud. *Aten Primaria* 1994;13:188-90.
- Espinosa JM, Muñoz F. Evaluación de los programas de atención domiciliaria en atención primaria de salud. *Cuadernos de Gestión* 1995;1:24-32.
- Programa Salut a Casa. Implementació de l'atenció domiciliària a Barcelona. Barcelona: Institut Català de la Salut, 2001.
- Ramírez A, Toribio A, Riba M. Factors de risc d'accident als domicilis. *Butlletí de la SCMFic* 1997;67:38-41.
- Segura JM, Barreiro MC, Bastida N, Collado D, González M, Linares C, et al. Enfermos crónicos domiciliarios: valoración integral físico-cognitiva y caídas durante tres años de seguimiento. *Aten Primaria* 2000;25:297-301.
- Toribio A, Ramírez A. Cuidemos a los cuidadores. *Rev Rol Enferm* 1997;222:13-5.
- Puig C, Hernández LM, Gervás JJ. Los enfermos crónicos recluidos en el domicilio y su repercusión en la familia: una investigación cualitativa. *Aten Primaria* 1992;10:550-2.
- Hernando J, Ituriz P, Torán P, Arratibel I, Arregui A, Merino M. Problemas y necesidades de salud de los pacientes crónicos domiciliarios. *Aten Primaria* 1992;9:133-6.
- Haley WE, Levine EG, Brown SL, Berry JW, Hughes GH. Psychological, social and health consequences of caring for a relative with senile dementia. *J Am Geriatr Soc* 1987;35:405-11.
- Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, Grayson D. Detecting anxiety and depression in general medical settings. *BMJ* 1988;97:897-9.
- Montón C, Pérez MJ, Campos R, García J, Lobo A, GMPPZ. Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección de malestar psíquico. *Aten Primaria* 1993;12:345-9.
- Segura JM, Bastida N, Martí N, Riba M. Los enfermos crónicos domiciliarios y su repercusión en los cuidadores principales. *Aten Primaria* 1998;21:431-6.
- Rubio Montañés ML, Sánchez Ibáñez A, Ibáñez Estella JA, Galve Royo F, Martí Talens N, Mariscal Bernal J. Perfil medico-social del cuidador crucial. ¿Se trata de un paciente oculto? *Aten Primaria* 1995;16:181-6.
- Contel J, González M. Instrumentos de valoración multidimensional en atención domiciliaria. *Cuadernos de Gestión* 1997;3:130-9.
- González JI, Salgado A. Manejo del paciente anciano en atención primaria. Líneas guía. *Aten Primaria* 1992;9:219-26.
- Kane RA, Kane RL. Evaluación de las necesidades en los ancianos. Guía práctica sobre los instrumentos de medición. Barcelona: SG Editores, 1993.
- Sanz C, Morente M, Calvo C, Gallego P, Carra B. Valoración psico-física del anciano. *Rev Rol Enferm* 1995;206:17-20.
- Segura JM, Barreiro MC, Bastida N, Collado D, González M, Linares C, et al. Enfermos crónicos domiciliarios y consumo de psicofármacos. *Aten Primaria* 2000;26:620-3.
- García L, Pardo C. Factores asociados a ansiedad y toma de psicofármacos en cuidadores de pacientes incapacitados. *Aten Primaria* 1996;18:395-8.
- Segura JM, Bastida N, Martí N, Riba M. Enfermos crónicos domiciliarios. Análisis descriptivo y de supervivencia a los 2 años de la implantación de un programa de atención domiciliaria. *Aten Primaria* 1997;19:351-6.
- Contel JC, González M. Reflexión sobre la implementación de programas de atención domiciliaria. *Enfermería Clínica* 1995;5:205-11.

COMENTARIO EDITORIAL

Reflexiones sobre la realidad de la atención domiciliaria

M.A. Benítez del Rosario

Miembro del Grupo de Trabajo de Atención al Mayor de la semFYC. Unidad de Cuidados Paliativos. Hospital Universitario La Candelaria. Tenerife. España.

La atención domiciliaria es el desarrollo longitudinal de los cuidados integrales e integrados de salud en el domicilio a aquellas personas que, por su situación de enfermedad, no pueden desplazarse al centro de salud. Su importancia está aumentando por el incremento de la población dependiente en la comunidad susceptible de este tipo de atención. Por ello, los resultados encontrados en el estudio del grupo ATDOM de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària merecen una reflexión y algunos comentarios.

Los resultados encontrados de una implantación en el 90% de los centros de salud del protocolo de atención domiciliaria deben ser considerados muy buenos, aunque no puede descartarse que fuesen peores con un mayor número de respuestas a la encuesta o una mayor participación de centros no docentes. Inicialmente, el hallazgo comentado debería interpretarse como una muestra de la adecuada actitud de los profesionales de atención primaria para el ejercicio de la atención domiciliaria, y contrario a las posibles opiniones detractoras de dicha implicación.

El análisis detallado del uso de protocolos específicos no es concordante, sin embargo, con la extensa disponibilidad del programa de atención domiciliaria. Sorprende la baja implantación de protocolos de actuación ante las úlceras de presión, el paciente encamado, el dolor y el paciente terminal, circunstancias que justifican un elevado porcentaje de los pacientes incluidos en los programas de atención domiciliaria. Este porcentaje no debería ser atribuido a las diferencias de la población atendida, pues los aspectos comentados deberían ser considerados como «elementos índice» de los programas de atención domiciliaria. Son problemas cuya intervención debería estar protocolizada en la mayor parte de los centros de atención primaria, bien por su elevada frecuencia o por su alto impacto en la calidad de vida de los pacientes y familiares. Un estudio más extenso, dirigido a la descripción del perfil de los pacientes atendidos, podrá aportar nuevos aspectos sobre la presencia de estos datos aparentemente contradictorios.

El estudio también constata la importancia del papel de la enfermería comunitaria en la atención domiciliaria, tanto como responsables del programa como por el mayor tiem-

Puntos clave

- Existe un incremento de la demanda de atención domiciliaria por el crecimiento de la población dependiente.
- Los trabajos de evaluación del programa de atención domiciliaria permiten conocer la realidad de la misma, para poder establecer las valoraciones pertinentes.
- Para asegurar una atención domiciliaria de calidad debe existir una estrecha colaboración interna entre los servicios sanitarios, y externa con los servicios sociales.
- Es preciso evaluar la aportación real de los equipos de soporte en términos absolutos sobre la mejora de los programas de atención domiciliaria ya existentes.

po de dedicación al mismo. Debe considerarse, no obstante, que sin perjuicio de la actividad de las enfermeras, la participación de los otros profesionales de la unidad de atención básica no es elevado (sólo el 8% de su jornada laboral). Ello puede dificultar la adecuada organización de las actividades y favorecer situaciones de dejación de responsabilidades¹. Datos sobre las coberturas de los programas y de sus resultados intermedios (pacientes con enfermedades controladas o recursos sociales de apoyo)² permitirían analizar si los tiempos de actuación dedicados son producto de una baja implicación de los profesionales o del adecuado funcionamiento del programa, que con el transcurrir del tiempo puede requerir una menor intervención de los otros profesionales no enfermeros de la unidad de atención familiar.

Las dificultades para el ejercicio de la atención domiciliaria percibidas por los profesionales se corresponden con las habitualmente señaladas como los *handicaps* para el adecuado desarrollo de los programas de atención domiciliaria¹. La escasez de tiempo de los profesionales siempre conlleva la priorización de las respuestas; es lógico que éstas siempre se dirijan a resolver la presión asistencial presente en el centro

de salud, en detrimento de la atención domiciliaria. No obstante, no existen datos que demuestren una «situación real de abandono sanitario» de los pacientes en programas de atención domiciliaria. Debe considerarse si los déficit de dichos programas son producto de la escasez de recursos sociales y no de los sanitarios; y ello favorece, además, la desmotivación de los profesionales sanitarios ante el enfrentamiento continuo a situaciones cuya solución no está en su mano. Es conocido que no es posible seguir avanzando en la línea de intentar dar una respuesta exclusivamente sanitaria desde la atención primaria a todas las necesidades de la población dependiente. Es obvio que para asegurar una atención domiciliaria de calidad debe existir una estrecha colaboración interna entre los servicios sanitarios, y externa con los servicios sociales^{1,3}.

El trabajo también demuestra las dificultades, presentes en un tercio de los casos, de la interconexión entre los niveles asistenciales. Éstas no han sido relacionadas con la presencia o no de equipos de soporte. El elevado porcentaje de estos equipos puede justificar que la desconexión entre niveles asistenciales, aunque presente en porcentajes no desdeñables, no sea mayoritaria. Es así que, a pesar de los múltiples intentos, no se ha logrado aún establecer una organización del sistema sanitario que actúe como un conjunto, sin abismos en la interconexión-colaboración entre los distintos niveles asistenciales. Sería interesante explorar si la presencia de los equipos de soporte modifica favorablemente esa desconexión. En caso contrario, habría que reflexionar sobre qué mejora real ofrece la creación de una

red asistencial paralela a la atención primaria sin capacidad para resolver los déficit que afectan a la colaboración sanitaria y sociosanitaria.

La eterna cuestión es si la publicación de los datos de este trabajo va a afectar a los gestores sanitarios, y si los estimulará para que realmente apoyen los programas de atención domiciliaria como modelos de atención compartida entre niveles asistenciales sanitarios y sociosanitarios. Ello supondría, sin duda, la necesidad de una mejor estandarización de los programas de atención y un adecuado incremento de los recursos de los equipos de atención primaria sanitaria y social. La cuestión es si, por el contrario, no les va a afectar o van a desvirtuar la interpretación de los resultados tergiversando las actitudes de la mayoría de los profesionales de atención primaria para justificar la inversión de recursos en otros modelos de atención.

Bibliografía

1. Benítez del Rosario MA, Contel Segura JC, Gené Badia J, Regato Pajares P. Atención de la salud en el domicilio. *Aten Primaria* 1999;24(Supl 2):163-71.
2. Benítez del Rosario MA. Evaluación de la atención domiciliaria. En: Contel JC, Gené J, Peya M, editores. *Atención domiciliaria. Organización y práctica*. Barcelona: Springer Verlag, 1998; p. 83-91.
3. Regato Pajares P, Sancho Castiello MT. La coordinación socio-sanitaria como eje de la actuación en la comunidad. En: Contel JC, Gené J, Peya M, editores. *Atención domiciliaria. Organización y práctica*. Barcelona: Springer Verlag, 1998; p. 73-81.