



EDITORIAL

Reflexiones sobre el futuro de la atención domiciliaria. Prioridades a corto y a medio plazo



Reflections on the future of home care. Short and medium-term priorities

Lo (poco) que sabemos sobre lo que está pasando en atención domiciliaria

La atención domiciliaria, entendida como la atención prestada por profesionales sanitarios en el domicilio del paciente, dentro del ámbito del hogar y con su entorno familiar, tiene un largo recorrido histórico en la atención primaria española y en el ejercicio de la medicina de familia.

La tradicional denominación de «médico de cabecera» hace referencia a la cercanía en la cama del paciente y al contacto estrecho físico y emocional. Ese legado de la medicina general en el que se presta atención en el hogar familiar no debe recordarse tanto con romanticismo sino como con una ejemplaridad a seguir.

Los tiempos han cambiado en el ejercicio de esta función nuclear de la medicina de familia. El deterioro de la atención primaria, la descapitalización y cierta desorientación en los profesionales sanitarios han desembocado en una «nueva modernidad» de la atención a domicilio, integrada en una «nueva modernidad» de la atención primaria y del sistema sanitario en general, en la que lo atrayente para profesionales y gestores son complejas técnicas y aparataje que logran diagnósticos espectaculares y tratamientos innovadores.

No de forma generalizada, pero hay signos y hechos muy preocupantes. Médicos y enfermeras de familia recluidos en sus consultas, refugiados o a veces sencillamente ahogados en una demanda creciente, inagotable y «urgente». La atención domiciliaria, cuando la hay, se relega al final de la jornada, si da tiempo, y en ocasiones fuerza de forma inasumible la jornada laboral más allá del horario estipulado. Equipos de atención primaria (EAP) que dispensan la atención a domicilio («el día de los domicilios»). Dispositivos de urgencias que se hacen cargo de la atención a los domicilios y los atienden según los modos de trabajar de urgencias: resolución del problema que motiva la demanda, sin profundizar en la causa del mismo ni ofrecer seguimiento. Modelos organizativos especializados en los domicilios (PADES, ESAD,

unidades de paliativos a domicilio, hospitalización domiciliaria), colonizadores de la atención a domicilio a iniciativa propia, para suplir déficit de atención o, incluso, por efecto llamada de los propios profesionales de los EAP.

Es cierto que los tiempos han cambiado, también y mucho, en el entorno epidemiológico, social y familiar. Los procesos dominantes de cronicidad, fragilidad clínica y pluripatología obligan a priorizar los cuidados sobre el tratamiento médico. Retos demográficos de envejecimiento y dependencia insoslayables. Modificaciones drásticas en la tipología, la estructura y los ciclos vitales familiares. Pérdidas irremediables del modelo de familia que garantiza siempre un hogar con protección, seguridad y cuidados. Desaparición progresiva del rol de mujeres cuidadoras abnegadas y sustitutorias de los servicios sociosanitarios.

Es preciso, por tanto, conciliar de una parte la realidad de una sociedad que exige y necesita un incremento de la atención en domicilio por los cambios en el entorno mencionados y la situación de debilidad, extravío o agotamiento en que se encuentra buena parte de la atención primaria.

Mención aparte merece ese mundo intermedio, entre el domicilio y los centros sanitarios, que constituyen las residencias sociosanitarias. Un espacio que ha ido creciendo progresivamente y que ha sufrido recientemente, como ningún otro, el impacto de la pandemia por el virus SARS-CoV-2.

Las residencias sociosanitarias en España presentan unas especificidades propias. Muestran una gran variabilidad de titularidad y financiación (públicas, concertadas, sin ánimo de lucro, privadas). Carecen de una regulación normativa clara respecto a la responsabilidad de la atención sanitaria (medios propios, zonificación geográfica). Asumen una intensa carga de pacientes con cronicidad y dependencia. Producen una frecuente deslocalización de los internos con relación a sus familias y a su domicilio habitual. Generan inequidades sociales por las dificultades de acceso según la disponibilidad económica. Las personas institucionalizadas presentan características diferentes, en cuanto a autonomía y a polimedición, a las de las personas inmovilizadas

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102374>

0212-6567/© 2022 Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

en domicilio, y su atención se hace tan necesaria como compleja.

Lo (mucho) que aporta atención primaria a la atención domiciliaria

La atención domiciliaria, sea en el hogar familiar o en las residencias sociosanitarias, forma parte del núcleo del ejercicio profesional de la enfermería y medicina de familia. Cada uno de estos tiene sus propios pacientes «encamados», según el número de inmovilizados y dependientes que no pueden salir de casa.

Las ventajas que la atención en domicilio presenta son bien conocidas. Lo que el domicilio permite es:

- Facilitar abordajes multidisciplinares, integrales e individualizados. La participación de médicos, enfermeras, trabajadores sociales y otros profesionales permite la valoración global, la intervención integrada de la red sociosanitaria y asistencial y, finalmente, la elaboración de planes personalizados.
- Acomodar la atención social y sanitaria de la cronicidad y la dependencia a los valores y preferencias. El apoyo de la red social y familiar en su medio, el espacio del hogar, y la participación activa de las cuidadoras, facilitan que las intervenciones sean admisibles y colaborativas.
- Atención paliativa. El desarrollo de las intervenciones de apoyo y el soporte de atención paliativa son mucho más eficaces y aceptables en un entorno domiciliario.
- Adecuar las intervenciones en la atención al final de la vida. Las situaciones de terminalidad y agonía permiten estrategias de planificación anticipada de decisiones y planes compartidos de seguimiento en el domicilio, si así es deseado por el paciente.

Para que estas ganancias fructifiquen es preciso un replanteamiento por parte de los profesionales de atención primaria:

- a) No todos los recursos de atención a domicilio están en los EAP. Las necesidades más apremiantes y relevantes para los pacientes y sus familias no son las clínicas, sino en ocasiones la supresión de barreras arquitectónicas o los cuidados sociosanitarios. La mirada ampliada permite acercarse más a lo que realmente influye en la mejora de la calidad de vida de las personas en sus domicilios.
- b) Los profesionales de los EAP deben liderar la atención domiciliaria, pero su principal responsabilidad es ejercer una función de coordinación con la red asistencial sanitaria, la red sociosanitaria y los dispositivos existentes de atención a domicilio (PADES, ESAD y Paliativos a domicilio).
- c) Es imperiosa la necesidad de focalizar la atención domiciliaria de las personas que lo necesitan, pero se han de dar cambios importantes en la práctica de los profesionales de atención primaria, recuperando la ilusión y las oportunidades que ofrece el domicilio como espacio de atención, así como el tiempo necesario para poder desarrollarla.

Lo que se puede hacer a corto y a medio plazo para revalorizar y fortalecer la atención domiciliaria

Prioridades a corto plazo

Asignación de recursos en atención primaria (humanos y de equipamiento) superando el criterio de población asignada. Incorporación de criterios demográficos, morbilidad diferencial, nivel socioeconómico y dispersión geográfica.

Conexión de los centros y residencias sociosanitarias al sistema sanitario y a los programas de atención domiciliaria de los EAP, con características diferenciales en cuanto al cómputo de la carga de trabajo que suponen.

Planes de coordinación con los dispositivos de atención vertical y de alta complejidad. Circunscribir su intervención en situaciones clínicas puntuales, agudas/subagudas y que requieren una tecnología específica.

Prioridades a medio plazo

Tomar como base la preservación de los valores de atención primaria.

Longitudinalidad. Incentivar la atención a domicilio en los EAP a través de la estabilidad, la carrera profesional y la dotación de recursos. Promover la atención longitudinal de los profesionales de la red sociosanitaria.

Accesibilidad. Permitir el uso de tecnologías de información y comunicación (TIC) para la comunicación directa con los pacientes y la monitorización clínica en domicilio, así como para facilitar la consulta o el registro de información clínica desde el propio domicilio.

Personalización. Apostar por el modelo de personalización UAF (médico + enfermera + trabajador social) como referencia fiable e identificable para pacientes y familias. Este miniequipo aporta manejo clínico, cuidados, soporte, coordinación sectorial y facilitación de prestaciones sociales y de dependencia.

Calidad. Incorporación de la atención domiciliaria a la cartera de servicios obligatoria. Sistematizar la atención a domicilio en programas que incluyan, al menos, evaluación integral, plan de intervención individual y continuidad de cuidados. Asumir estrategias de seguridad del paciente que garanticen las transiciones asistenciales (entre el hospital y el domicilio o entre centros sociosanitarios y el domicilio). Utilizar sistemas de información compartida con otros profesionales sanitarios y sociosanitarios para pacientes en situación de cronicidad y dependencia en domicilio.

Equidad. Preservar la igualdad de oportunidades en el acceso a la atención domiciliaria en situaciones de fragilidad clínica, dispersión geográfica, precariedad social, falta de apoyo familiar o insuficiencia económica. El filtro de la preservación de la equidad debe impregnar todas las iniciativas.

La aspiración hacia modelos organizativos integradores que incorporen una atención domiciliaria de calidad es irrenunciable como parte la vocación comunitaria de la atención primaria. La fragmentación y la segmentación conseguirán excelentes resultados puntuales e individuales, pero solo la

integración sociosanitaria permite continuidad, sostenibilidad y efectividad en términos comunitarios.

Busquemos soluciones en base a los recursos disponibles, la innovación y la creatividad, para reconciliarnos con los retos que plantea la atención domiciliaria de los pacientes y de sus valores (su hogar, su familia y su intimidad).

Bibliografía general

1. Bayona-Huguet X, Limón Ramírez E, Cegri Lombardo F. Propuestas para la atención domiciliaria del siglo XXI. *Aten Primaria*. 2018;50:264–6, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2017.11.003>.
2. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria Blanquer-Gregori JJ. Líneas para mejorar en el futuro. En: *Guía de Atención Domiciliaria*. Barcelona: semFYC ediciones; 2019. p. 291–303.
3. Contel JC, Muntaner B, Camp L. La atención al paciente crónico en situación de complejidad: el reto de construir un escenario de atención integrada. *Aten Primaria*. 2012;44:107–13, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2011.01.013>.
4. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria Limón-Ramírez E, Bayona-Huguet X. De la coordinación de recursos a la gestión compartida. En: *Guía de Atención Domiciliaria*. Barcelona: semFYC ediciones; 2019. p. 26–30.
5. Segura Benedicto A, Martín Zurro A. Las residencias, los ancianos y la pandemia. *Acta Sanitaria*. 8 de marzo de 2022. Disponible en: https://www.actasanitaria.com/opinion/punto-de-vista/residencias-ancianos-pandemia_2001573_102.html.

Miguel Melguizo Jiménez^{a,*} y Marta García Caballos^b

^a *Medicina de Familia, Centro de Salud Almanjáyar, Granada, España*

^b *Medicina de Familia, Centro de Salud Cartuja, Granada, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: miguel.melguizo@gmail.com

(M. Melguizo Jiménez).