

Atención domiciliaria: caminando hacia la excelencia

La atención domiciliaria es el conjunto de actividades de cariz biopsicosocial y de ámbito comunitario que se realizan en el domicilio de la persona, con el fin de detectar, valorar, apoyar y hacer el seguimiento de los problemas de salud y sociales del individuo y de su familia, para potenciar la autonomía y mejorar la calidad de vida. Para que sea de calidad precisa un abordaje integral y multidisciplinario, así como una buena continuidad asistencial. Sólo es posible con la implicación efectiva de todos los profesionales del equipo de atención primaria, en quienes recae la responsabilidad de la atención sanitaria de los miembros de su comunidad, en el centro de salud y en el domicilio¹.

En la actualidad, la atención que se ofrece desde el sistema sanitario, y especialmente la que realizan los servicios sociales, es insuficiente y con importantes diferencias según las comunidades autónomas, así como entre áreas urbanas y rurales². La futura Ley de la Promoción de la Autonomía Personal y la Atención a las Personas en Situación de Dependencia, que entrará en vigor en el 2007, establecerá un nuevo derecho universal y público, con acceso en condiciones de igualdad. Todas las administraciones, el gobierno central y las comunidades autónomas, en el ejercicio de sus competencias, garantizarán la atención y los cuidados a las personas en situación de dependencia, en su mayoría personas mayores, y se priorizará la prestación de servicios, como la prevención de las situaciones de dependencia, teleasistencia, ayuda a domicilio, centro de día y de noche y atención residencial, además de las prestaciones económicas para el cuidado en el entorno familiar, el apoyo a los cuidadores informales o la atención personalizada³.

El escenario de la prestación de este servicio está cada vez más fragmentado, ya que intervienen diferentes organizaciones y profesionales. Pero, a pesar de las discrepancias sobre el impacto de las diferentes intervenciones de profesionales o servicios y de las dudas sobre la eficacia de las intervenciones en el domicilio, los profesionales de la atención primaria han de considerar la llegada de la Ley a la Dependencia como una oportunidad histórica para redefinir y consolidar nuestras organizaciones e incorporar servicios integrales de atención a domicilio dentro de un modelo de gestión más coordinado.

Puede favorecer la innovación, como la incorporación de un modelo de gestión de casos que garantice la continui-

dad asistencial en el proceso del alta hospitalaria y de centros sociosanitarios. Nos referimos a la enfermera de enlace y la enfermera gestora de casos que han implantado el Sistema Andaluz de Salud y el National Health Service. Esta reforma puede ofrecer un servicio satisfactorio que incluya la atención de alta complejidad e intensidad de cuidados a los miembros de la comunidad.

I Congreso interdisciplinario de atención domiciliaria

Durante el mes de mayo de 2006 se ha desarrollado en Barcelona el I Congreso interdisciplinario de atención domiciliaria, con más de 500 asistentes de diferentes disciplinas profesionales que intervienen en la atención a domicilio⁴.

Todos los profesionales han reconocido el papel protagonista de la enfermería en este campo y han aceptado que la responsabilidad del paciente concierne tanto a la enfermera como al médico y al trabajador social.

La experiencia del Institut Català de la Salut en atención domiciliaria. Proyecto «Salut a Casa» en la ciudad de Barcelona
Se ha evaluado un proyecto de atención domiciliaria liderado por la enfermera de los equipos de atención primaria iniciado en 2002 en la ciudad de Barcelona. Muestra la estrategia organizativa orientada a mejorar el tiempo de enfermería destinado a realizar atención domiciliaria, así como los sistemas de registro para mantener la continuidad de los cuidados en el domicilio y con el resto de los ámbitos asistenciales. El programa queda complementado por la enfermera de enlace y un sistema de reciclaje de ayudas técnicas.

Sistemas integrados de atención domiciliaria: la experiencia valenciana

Se ha desarrollado un modelo teórico, que posteriormente se ha implementado en un esquema integrado de atención domiciliaria, que agrupa a los distintos actores que intervienen en esta prestación de atención sanitaria y constituye lo que se denomina Red de Agentes Domiciliarios. Hay también un liderazgo de enfermería, una estabilidad de los profesionales en estos servicios para facilitar la continuidad asistencial y una integración de guías de práctica clínica y de sistemas de información.

Rediseño de la atención domiciliaria en Andalucía

Busca incorporar algunas innovaciones constatadas en otros sistemas y sobre las que se dispone de suficientes datos. Trata aspectos como la valoración integral y multidimensional de los casos, incluida la valoración del hogar, la extensión de la rehabilitación domiciliaria, la incorporación de las cuidadoras familiares como cliente preferente o la gestión de casos en torno a un plan de atención interdisciplinaria.

Otros temas de debate

Perfil del paciente ingresado

Actualmente, en nuestro país, la mayoría de los centros gerontológicos son residencias asistidas que dependen de los servicios sociales; observamos que en estos centros ingresan personas con cada vez mayor nivel de dependencia que precisan la intervención de profesionales de la salud. No hay uniformidad de criterios respecto a la obligación de disponer de personal sanitario para atender a las personas mayores ingresadas en residencias. Por tanto, el personal sanitario de los centros de atención primaria ha de atender a los usuarios de residencias igual que lo haría si estuviesen en sus hogares.

Hay una problemática adicional derivada del hecho de que algunas personas no ingresan de manera voluntaria, sino que lo hacen por indicación de sus hijos y quedan sentimentalmente coaccionadas con la decisión.

Certificados de defunción

El Reglamento de la Ley del Registro Civil establece que, ante una muerte, si por el reconocimiento del cadáver se puede conocer la causa y ésta no es violenta ni hay sospechas de violencia, el médico de cabecera, como el médico que inspecciona el cadáver, puede extender el certificado. Esto, que parece una regla clara, ocasiona muchas veces problemas para las familias por la negativa de los médicos de guardia a realizar la firma, sobre todo en fines de semana y festivos. Es necesario establecer normas escritas para las instituciones que prestan servicios para facilitar la firma del certificado en esos momentos tan difíciles para las familias.

Malos tratos

Como en cualquier ámbito de la actuación asistencial, en la atención domiciliaria es importante la detección de los malos tratos. El profesional sanitario debe formarse en el reconocimiento de los factores de riesgo y los signos de sospecha de los malos tratos para su prevención e intervención. Para la identificación de la sospecha de malos tratos a personas mayores, se está validando un instrumento en un estudio a escala mundial dirigido por la Organización Mundial de la Salud en el que participa España y cuyos resultados se presentarán en breve. Diferentes organizaciones han elaborado guías de actuación, entre las que

cabe destacar la «Guía de actuación en malos tratos a personas mayores», dirigida por Antonio Moya y Javier Barbero, y la «Guía de la Bona Praxis» número 20, que ha editado el Colegio de Médicos de Barcelona.

Telemedicina domiciliaria

La experiencia en Barcelona del uso de las agendas electrónicas tipo PDA (*personal digital assistant*) en la atención a domicilio también abre una puerta a la mejora en cuanto al registro y la información en el domicilio. Los profesionales disponen de un dispositivo móvil integrado en la estación clínica de atención primaria (e-CAP) del Institut Català de la Salut que ayuda en la atención y la gestión de los pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria.

La familia

El éxito o el fracaso de la atención a un paciente no curable en el domicilio dependen de forma incuestionable de la familia con la que cuenta el paciente. Su ausencia imposibilita su asistencia. La experiencia demuestra que debemos dedicar cerca de un 50% de nuestro tiempo a enseñar y cuidar a la familia.

Durante la fase de final de la vida, la familia tiene que tener la seguridad de que su familiar no está sufriendo, precisa pautas de mantenimiento de comunicación hasta el último momento y que se facilite la despedida. Después del fallecimiento la familia debe tener unas orientaciones básicas para afrontar la pérdida y poder expresar sus emociones. El profesional ha de vigilar la correcta evolución del proceso de duelo.

Si queremos dar una atención social sanitaria de calidad en el domicilio, es fundamental la acción coordinada de todos los agentes (sanitarios, cuidadores, voluntariados y empresas privadas) que garantice la continuidad de los cuidados y un final de vida digno.

**Francisco Cegri Lombardo
y Antonio Aranzana Martínez**

Coordinadores del Grupo de Trabajo de Atención Domiciliaria de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria (CAMFiC). CAP Pare Claret. Barcelona. España.

Bibliografía

1. Aranzana A, Cegri F, Limón E. Manual de atención domiciliaria. Fundación de Atención Primaria. Barcelona: SCMFIC; 2003.
2. Libro Blanco de atención a las personas en situación de dependencia en España. Madrid: IMSERSO; 2004.
3. Proyecto de ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2006.
4. Libro de ponencias y comunicaciones. I Congreso Interdisciplinario de Atención Domiciliaria. Barcelona: SEMFyC; 2006.