

## EDITORIAL

# La atención a domicilio como modelo de atención compartida

*Palabras clave:* Atención domiciliaria; Programación; Protocolización compartida.

Desde hace algunos años, están confluyendo una serie de factores que hacen prever un aumento de los servicios de atención a domicilio. Ello hace que todas nuestras organizaciones sanitarias y sociales consideren este dispositivo asistencial como una alternativa atractiva y viable en la prestación de servicios personales, que hasta hace poco tiempo sólo se ofertaban en un entorno más institucionalizado. Si bien está claro que a la atención primaria le corresponde un papel relevante en la provisión de estos servicios, todos los agentes del sistema sanitario y social están llamados a buscar espacios de convergencia y complementariedad.

En estos últimos años la rígida jerarquización de los servicios de salud por niveles asistenciales debería dejar paso a un nuevo modelo que permeabilice las barreras físicas de nuestras organizaciones. Vemos pues cómo determinadas líneas de servicio, entre ellas la atención a domicilio, requieren la adopción de una nueva filosofía asistencial. Es lo que en el mundo anglosajón se conoce por «*Shared Care*» o en los Países Bajos «*Transmural Care*»<sup>1,2</sup>. En nuestro país una traducción que se aproxime a este concepto sería probablemente «atención compartida».

Este nuevo modelo asistencial pretende diseñar servicios sanitarios, también con componente social, a medida de las necesidades del paciente y la familia, en el caso de la atención domiciliaria, sobre la base de una responsabilidad compartida entre las instituciones existentes en el sistema sanitario y social. La orientación actual de algunos sistemas sanitarios modernos hacia modelos de sistemas integrados de salud configuran un nuevo escenario que facilitará la implementación de esta nueva filosofía asistencial<sup>3,4</sup>.

## Análisis de la situación actual

El entorno social, político, económico y sanitario actual sitúa a la atención

domiciliaria como un ámbito asistencial prometedor. Nadie duda que en los próximos años asistiremos al desarrollo de servicios domiciliarios. Cualquier institución del sistema sanitario y social ve en ellos una línea asistencial a desarrollar.

Sin embargo, no será fácil la adopción de modelos de atención compartida. Algunos autores han descrito algunas de las dificultades que han surgido en algunos países que han introducido esta nueva filosofía asistencial: déficit de experiencia en la gestión de organizaciones en red y dirección de proyectos por parte de los responsables de instituciones sanitarias; necesidad de una gran inversión de tiempo, no siempre disponible, para establecer una red integrada de servicios efectiva, y fragmentación en la provisión de servicios con la falta de una autoridad superior que estimule e incentive que las partes converjan hacia un modelo de atención compartida<sup>4</sup>.

## ¿Podemos construir un modelo de atención compartida?

La contratación integrada de servicios será una condición necesaria, pero no suficiente, para desarrollar esta nueva filosofía asistencial. La elaboración de contratos-programa unilaterales con cada proveedor puede hacer más eficiente a cada organización, aunque como efecto colateral transfiera cargas de trabajo y financieras a otra parte del sistema. Por otra parte, también se requiere la incorporación de nuevas formas de gestión. Las personas que dirigen organizaciones sanitarias necesitan incorporar aportaciones conceptuales y habilidades en la dirección de proyectos, la gestión de organizaciones en red, nuevas metodologías en la construcción colectiva de decisiones. En definitiva transformarse en gestores que sepan ver más allá de su propia organización para facilitar la configuración de esta nueva realidad de atención compartida.

A continuación se describen algunas propuestas que actuarían como agentes de cambio:

## *Diseños organizativos más flexibles en los equipos de atención primaria*

La atención domiciliaria debería ser priorizada dentro de la atención primaria como una actividad clave, adoptando *nuevos modelos de organización interna más flexibles* que fomenten un modelo de atención compartida y una mayor disponibilidad del tiempo asistencial fuera de la consulta, para llevar a cabo esta actividad asistencial, especialmente en enfermería. Esta reorientación en el diseño organizativo interno reduciría probablemente la derivación inapropiada y excluyente de algunos pacientes a los equipos de soporte externos<sup>5</sup>.

## *Utilización «correcta» de los equipos de soporte en atención a domicilio*

Debe potenciarse que los equipos de atención primaria se responsabilicen de la atención domiciliaria de sus pacientes ancianos, incapacitados y terminales y evitar que los equipos de soporte caigan en la «sustitución» de funciones de los primeros, creando una red asistencial paralela. No obstante, existen áreas en las que los equipos de soporte pueden aportar un valor añadido a los equipos como unidades especializadas, especialmente en pacientes de mayor complejidad.

## *«Planificación» del alta hospitalaria*

La implantación de un «alta de calidad» en el contrato-programa entre los proveedores (hospital, centros sociosanitarios) y las agencias de contratación territoriales mejoraría probablemente la situación actual. Ésta incluiría un *informe médico y de enfermería al alta*

TABLA 1. Ideas clave

La atención a domicilio se está consolidando como un escenario de futuro atractivo y necesario para todos los agentes del sistema sanitario y social
La provisión de servicios domiciliarios de calidad debe basarse en la filosofía de la «atención compartida»
La Administración sanitaria debe avanzar hacia fórmulas de contratación integrada de servicios que sustituyan la contratación unilateral con cada proveedor
Este nuevo escenario de futuro requiere que los responsables de los equipos tengan una visión más allá de los límites de su propia organización
Se requiere un nuevo perfil de gestor de organizaciones sanitarias que incorpore conocimientos y habilidades directivas en gestión de proyectos, gestión del cambio y modelos de construcción colectiva de decisiones

(o documento de alta integrado) y el contacto telefónico directo, especialmente en los pacientes de mayor complejidad. Podría también proponerse la definición de un perfil de «paciente de alto riesgo de readmisión» para que en su domicilio se beneficie de intervenciones específicas por parte de los servicios comunitarios que prevengan su retorno al hospital.

### Protocolización y formación conjunta

La incorporación en nuestros diseños organizativos de la idea de «proceso» determina la necesidad de participar en la elaboración de protocolos de actuación conjunta y programas de formación común, especialmente en aquellos procesos en los que la continuidad asistencial deba estar garantizada.

### La financiación

Debería explorarse en la literatura las experiencias existentes en la definición del «case-mix» de los pacientes atendidos en atención domiciliaria. Sería deseable avanzar en un camino similar al emprendido por el sector hospitalario desde hace años (DRG's, PMC's). Sin una financiación apropiada de estos servicios en relación a un «case-mix» no se favorecerá que nuestras organizaciones comprometan más recursos. Será difícil llegar a un modelo real de atención compartida con hospitales que se financian por su casuística y equipos de atención primaria atrapados por presupuestos históricos.

### Las plataformas de coordinación sociosanitaria como equipo gestor de casos

La consolidación de algunas experiencias ya existentes en el país podría

constituir una oportunidad para ampliar la función principal de gestión de listas de espera en el acceso a los recursos sociosanitarios a otras nuevas como, por ejemplo, la intervención en programas de formación o la difusión y discusión con los equipos de atención primaria sobre la utilización de los recursos sociosanitarios disponibles y la potenciación de otros nuevos.

### Coordinación/integración de servicios sanitarios y servicios sociales

La atención domiciliaria debería superar esta provisión dicotómica de servicios, en pacientes que tienen necesidades sanitarias y sociales, difícilmente separables. El municipio constituye un «territorio natural común» sobre el que desplegar y articular servicios de atención personal integrados<sup>6</sup>. Los nuevos tiempos exigen una mayor convergencia de las políticas sanitarias y sociales marcadas por 2 ministerios que deberían estar más próximos.

### La hospitalización a domicilio «compartida»

Su desarrollo en nuestro país no debería llevarse a cabo de forma ajena a la atención primaria, constituyendo una red paralela de servicios, organizada y llevada a cabo exclusivamente por profesionales hospitalarios. La atención primaria debería tener un peso específico en el desarrollo de estos programas, compartiendo responsabilidad clínica, organizativa y financiera con el hospital<sup>5,7</sup>.

### Construcción de alianzas estratégicas entre las partes del sistema sanitario y social

De la misma manera que en otros sectores, las alianzas constituyen una estrategia de eficacia contrasta-

da en el desarrollo de nuevos productos y servicios<sup>8</sup>. En una primera fase los proyectos de atención compartida se basarían en la construcción de acuerdos de colaboración. Esta sería una fórmula de alianza muy básica basada más en la unión operacional que en la unión de recursos financieros. Una vez evaluados, podrían plantearse avanzar hacia un tipo de alianzas con mayor unión de recursos financieros como sería el caso de una *joint venture*. Existen experiencias de *transmural care* en otros países en las que se configuran nuevos servicios con la aportación de recursos de 2 o más organizaciones del sector. Este sería el caso de la creación de servicios de enfermeras clínicas de enlace, cuidados paliativos, heridas u ostomías que dan soporte a pacientes hospitalizados y a los equipos de AP como consultoras, o el desarrollo de almacenes de ayudas técnicas o adaptaciones gestionados conjuntamente entre los servicios comunitarios sanitarios y sociales. Para finalizar estas líneas, nos gustaría resaltar que la atención domiciliaria implica una convergencia de intereses de diferentes organizaciones que coexisten en la comunidad. Difícilmente podremos mantener al paciente en el domicilio en buenas condiciones si los responsables de la gestión de las instituciones implicadas no desarrollan modelos de organización en red para ofertar una atención a domicilio integrada de calidad. El modelo de contratación de servicios actual debe dar paso a otro modelo de contratación integrada de éstos y al desarrollo de estilos de gestión no centrados exclusivamente en la eficacia y eficiencia de cada organización.

**J.C. Contel Segura**

Diplomado en Enfermería.  
ABS Castelldefels (Barcelona).  
Miembro de la Sociedad Europea de Atención y Ayuda a Domicilio. Profesor Asociado de la Escuela de Enfermería. Universidad de Barcelona.

### Bibliografía

1. Pritchard P, Hughes J. Shared care: a future imperative? Londres: Nuffield Provincial Hospital Trust, 1995.
2. Van der Linden BA. Transmural care: facts and future. En: Schrijvers AJP, editor. Health and health care in the Netherlands. Utrecht: De Tijdstroom, 1997.

3. Bengoa R. Sanidad: la reforma posible. Barcelona: ESADE, 1997.
4. Hardy B, Mur-Veemanu I, Steenberger M, Wistow G. Inter-agency services in England and The Netherlands: a comparative study of integrated care development and delivery. *Health Policy* 1999; 48: 87-105.
5. Contel JC, Gené J, Peya M. Atención domiciliaria: organización y práctica. Barcelona: Springer-Verlag, 1999.
6. Regato P, Sancho MT. La coordinación sociosanitaria como eje de actuación en la comunidad. En: Contel JC, Gené J, Peya M, editores. Atención domiciliaria: organización y práctica. Barcelona: Springer-Verlag, 1999.
7. Contel JC. La hospitalización a domicilio no es una alternativa plenamente razonable. *Atención Primaria* 1999; 24 (3): 162-168.
8. Llordachs F, Kase K, Sullà E. Reflexions sobre les aliances estratègiques en el sistema sanitari. *Fulls Econòmics* 1998; 32: 6-12.