

3. Bergman U, Popa C, Tomson Y, Wettermark B, Einarson TR, Aberg H et al. Drug utilisation 90% -a simple method for assessing the quality of drug prescribing. Eur J Clin Pharmacol 1998; 54: 113-118.
4. García Rodríguez LA. Nonsteroidal antiinflammatory drugs, ulcers and risk: a collaborative meta-analysis. Semin Arthritis Rheum 1997; 26: 16-20.
5. Anónimo. Efectes indesitjables dels analgèsics i antiinflamatoris de comercialització recent. Butll Groc 1995; 8: 9-12.
6. Sánchez Casado JI. Prescripción de antiinflamatorios no esteroides y gastroprotectores. Adecuación a criterios de calidad en atención primaria. Aten Primaria 1997; 20: 127-132.

Sobre la Mesa Inaugural del XIX Congreso de semFYC

Sr. Director: Hemos leído con interés el resumen de la comunicación a la mesa inaugural del pasado Congreso semFYC de Medicina de Familia y Comunitaria sobre los primeros años de nuestra especialidad¹. Como quiera que dicha mesa, por su carácter extraordinario, impedía la participación de los asistentes, aprovechamos esta sección para comentar la información ofrecida.

En la **tabla 2** del trabajo referido se enumeran las unidades docentes nacidas en 1981 asimilándolas a los primeros centros de atención primaria acreditados para la docencia, adjetivándolos cariñosamente de «míticos». Como «agraviados», debemos mencionar para conocimiento de sus lectores —prácticamente todo el colectivo de médicos de familia— que también perteneció a dicha lista el Centro de Salud de Pozuelo. Citaremos una fuente de autoridad como es el Dr. Segovia de Arana: «Tengo que recordar que el primer centro de salud que se inauguró con el concepto actual fue el de Pozuelo, realizado con fines docentes. Dependía de la Clínica Puerta de Hierro y lo dirigía el Dr. Frieyro, que estuvo demostrando lo que en esencia es la medicina de familia, que conocía y conoce muy bien.»²

La historia de la medicina de familia en España, como en el resto de países, se ha convertido en sí misma en objeto de estudio, siendo así que creemos debería ocupar al menos un capítulo en toda historia de la medici-

na del último cuarto de siglo. Por nuestro respeto a la historia y al trabajo de muchos que nos precedieron, hemos querido completar la brillante exposición y magnífica recopilación documental del Dr. Borrell.

E. Calvo Corbella, B. Ibarrola Muñoz, A. Álamo Antúnez y E. Mena García

Centro de Salud Universitario Pozuelo de Alarcón I. Madrid.

1. Borrell i Carrió F. Medicina Familiar y Comunitaria: los primeros años. Aten Primaria 1999; 24 (2): 49-52.
2. Prieto Orzanco A. Testigos de una especialidad. Entrevista con José M.ª Segovia de Arana. Dimens Hum 1999; 3 (5): 30-35.

La atención a la salud en el domicilio a debate

Atención domiciliaria; Historia; Medicina familia comunitaria; Unidades docentes.

Sr. Director: Ante la carta de respuesta de J. Gené y de J.C. Contel¹ a 2 cartas que escribimos en la revista que dirige^{2,3}, queremos ofrecer algunos argumentos para ayudar a disminuir el escepticismo que manifiestan tener ante los equipos de soporte y que ya comentaban en un editorial anterior⁴.

Primero, cuando hablamos de equipos de soporte, hablamos de equipos desde atención primaria, no de «servicios paralelos creados desde el hospital para cubrir la asistencia que preocupa al jefe de servicio»¹ ni de «servicios extrahospitalarios utilizados como instrumento de poder del hospital dentro del ámbito de la atención primaria»¹. Los equipos de soporte a la atención domiciliaria (ESAD) que se han puesto en marcha en el INSALUD, en las áreas de atención primaria 1, 2 y 4 de Madrid en una primera fase y en 7 áreas más en 1999, dependen de las gerencias de área de AP y están formados por profesionales médicos y de enfermería que provienen de la atención primaria o que tienen amplia experiencia en ella. Así en una evaluación realizada, basada en las opiniones de los profesionales de los centros de salud, hemos encontrado comentarios del tipo de: «El ESAD permite rela-

cionarse de compañero a compañero, son "especialistas" de primaria, conocen cómo se trabaja aquí...». Es verdad que algunos médicos dicen que los equipos de soporte traspasan los límites de la atención primaria y que la formación del médico de EAP es suficiente para atender los pacientes inmovilizados y terminales, pero también es cierto que los profesionales que han tenido contacto con los ESAD comentan que éstos son «algo más que un apoyo: te refuerzan, te dan seguridad y te permiten tomar decisiones mejor fundadas, además de resolver problemas ante los que muchas veces te sientes impotente». Los profesionales de EAP que tienen relación con los ESAD manifiestan que «es imposible estar al día en los últimos avances para mejorar los síntomas de pacientes como los paliativos, que sólo ves de vez en cuando. Los ESAD están más al día; me han propuesto tratamientos y soluciones que yo no conocía». Así, los profesionales hablan de que los ESAD son una ayuda para técnicas difíciles, un soporte para facilitar el cuidado de un paciente en casa, unos proveedores de medios materiales, unos consultores, unos consejeros, unos coordinadores de los procesos y unos intermediarios con el hospital, que pueden ayudar a mejorar la calidad de vida de los pacientes»⁵.

Y en esa línea de hablar de los pacientes, en el pilotaje de un estudio financiado por el FIS, sobre satisfacción de usuarios con la atención domiciliaria a pacientes oncológicos terminales⁶, nos hemos encontrado que existen diferencias significativas en el grado de satisfacción de los pacientes atendidos por EAP sin soporte de los ESAD, los atendidos por una unidad de hospitalización a domicilio o por un EAP apoyado por un ESAD, favorables a este último grupo. Además el 81,1% de los pacientes dice preferir la atención en casa, porcentaje que aumenta entre los usuarios de los ESAD. Incluso llegan a afirmar, entre otras cosas positivas, que los profesionales que les atienden (ESAD y EAP) son «un equipo que da la impresión de estar bien coordinados».

Creemos que todos estos elementos refuerzan el papel de los equipos de atención primaria en la atención a los pacientes de su zona y por tanto mejora, incluso, el vínculo afectivo creado a lo largo del tiempo en «ese difícil momento de la fase final de mi vida».

Es evidente que nosotros no planteamos, en absoluto, que ese modelo esté bajo la tutela del hospital; bien al contrario, creemos que los ESAD, dirigidos al apoyo de los equipos, abren caminos para conseguir la madurez suficiente de la atención primaria.

Para terminar, desde una perspectiva de análisis y de contribución a un debate que pensamos que está abierto a la aportación de ideas⁷⁻¹², no nos resistimos a hacer una propuesta organizativa para la atención domiciliaria, que ayude a conseguir que la atención primaria tenga el papel relevante que nosotros creemos que debe tener en la atención y los cuidados en el domicilio, donde 98 de cada 100 personas que necesitan cuidados de salud los reciben de fuentes externas a los servicios sanitarios, bien mediante el autocuidado (32%), bien mediante el sistema informal de cuidados (66%) o ambos (formal e informal, 1%)¹³.

Así, nos planteamos un modelo de atención domiciliaria que *pivote en los profesionales de enfermería de los EAP*, en la línea que plantea P. Regato¹¹, *pero con dedicación íntegra a la atención en el domicilio*, con el apoyo ante determinados casos y situaciones del médico y/o del trabajador social del centro de salud. Junto a ello, pensamos que tiene sentido el papel de apoyo de un equipo de soporte de la propia AP (similares a los EASD), que facilitara el cuidado en el domicilio ante problemas y situaciones difíciles mediante la consulta, el apoyo directo y la formación continua.

Además, los profesionales de AP, en colaboración con los ESAD, deberían desarrollar un trabajo de coordinación con el 061 y con los servicios sociales municipales, en la línea de

participación de estos servicios, tal y como plantean J. Gené y J.C. Contel^{9,10}.

Todo ello debería ayudar a que este servicio, considerado deficitario, sin visos de alcanzar las cotas de excelencia y eficacia que se podían esperar⁸, se potencie ante la demanda creciente de atención domiciliaria, tanto por las necesidades de los pacientes como de los cuidadores informales⁸⁻¹⁰, siempre considerando a los EAP como la piedra angular de los recursos sanitarios en la atención domiciliaria y sin que se creen vías paralelas, que desde el poder del hospital y de la «sabiduría» fomenten un modelo lejano a las necesidades actuales y a las tendencias en los países de nuestro entorno⁹.

En definitiva, tal como plantea J.C. Contel⁹, la idea es crear y consolidar una red única de servicios, tanto sanitarios como sociales, insertos en la comunidad, que evite la superposición innecesaria de las 2 redes asistenciales y que se convierta en una opción sólida y con garantías, a partir de una alianza estratégica entre ambos servicios, no basada en una respuesta exclusivamente sanitaria a las necesidades de la población dependiente de la comunidad^{9,10}. Ello conllevaría un apoyo decidido a una atención domiciliaria, como prestación clave de la atención primaria de salud donde debería pivotar dicha red, para convertirse en una alternativa real a la hospitalización.

**M.A. Prieto Rodríguez,
J.C. March Cerdá
y N. Pascual Martínez**

Escuela Andaluza de Salud Pública.
Granada.

1. Gené J, Contel JC. Respuesta a los autores. *Aten Primaria* 1999; 24 (7): 439-440.
2. Prieto MA, March JC, Pascual N. Opinando como profesionales de los cuidados paliativos. *Aten Primaria* 1999; 24 (7): 438.
3. Prieto MA, March JC, Pascual N. Propuestas para un atención domiciliaria realista en atención primaria. *Aten Primaria* 1999; 24 (7): 439.
4. Gené J, Contel JC. Propuestas para desarrollar la atención domiciliaria. *Aten Primaria* 1999; 23 (4): 18-20.
5. Pascual N, Prieto MA, March JC. Unidad de soporte en atención domiciliaria. Opinión de los profesionales implicados. *Gaceta Sanitaria* 1999; 13 (Supl 3): 24.
6. Prieto MA. Satisfacción de usuarios con la atención domiciliaria a pacientes oncológicos (FIS/99/0047-03). Memoria científica, 1999.
7. Benítez MA. ¿Por qué la atención domiciliaria a debate? *Aten Primaria* 1999; 24 (Supl 2): 163.
8. Contel JC. Modelos de atención a domicilio en el entorno europeo. *Aten Primaria* 1999; 24 (Supl 2): 163-165.
9. Gené J, Contel JC. Propuestas para desarrollar la atención domiciliaria. *Aten Primaria* 1999; 24 (Supl 2): 165-167.
10. Armas J. La atención domiciliaria: perspectiva desde la enfermería comunitaria. *Aten Primaria* 1999; 24 (Supl 2): 167.
11. Regato P. La necesidad de coordinación sociosanitaria en la atención domiciliaria. *Aten Primaria* 1999; 24 (Supl 2): 167-169.
12. Prieto MA, March JC, Pascual N. Modelos de cuidados paliativos en pacientes con cáncer y su influencia en la calidad de vida: red europea de investigación e intercambio. Proyecto n.º 99/CAN/36895 financiado por la DGV de la Comisión Europea.
13. García MM, Mateo I, Gutiérrez P. Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud. Investigación cuantitativa. Granada: EASP, 1999.