



EDITORIAL

Longitudinalidad y continuidad en atención domiciliaria

Longitudinality and continuity in home care



La longitudinalidad en la Atención Primaria (AP) es un aspecto clave para garantizar una atención de calidad a los pacientes. Consiste en la capacidad de mantener una relación continuada entre el paciente y su médico y enfermera de familia, lo que permite a los profesionales conocer a fondo sus necesidades y garantizar una atención personalizada. Aunque puede darse en otros ámbitos, es característica del primer nivel asistencial¹.

La longitudinalidad facilita la prevención y el reconocimiento precoz de los problemas de salud; evita el sobrediagnóstico, la medicalización y es clave en la prevención cuaternaria; disminuye las derivaciones a los especialistas del segundo nivel, reduce las visitas a los servicios de urgencias, los ingresos hospitalarios y la mortalidad y mejora la esperanza y la calidad de vida, particularmente en las personas mayores². Unos resultados que muy pocos tratamientos e intervenciones sanitarias han podido demostrar. La continuidad en cambio, es la atención que se presta a un mismo paciente por diferentes profesionales, en distintos niveles. Longitudinalidad y la continuidad asistencial son elementos complementarios que se potencian entre sí, mejorando la calidad de la asistencia, el uso de los recursos, la eficiencia del sistema y la satisfacción de pacientes y profesionales¹.

La atención domiciliaria (ATDOM) desempeña un papel fundamental en la longitudinalidad. Se puede definir como aquella atención que se recibe en el domicilio de alguien, o en general, aquella en que los servicios de salud prestados permiten a sus usuarios continuar viviendo en su hogar y entorno familiar³. Se proporciona a quien no puede desplazarse al centro de salud para ser atendido (por motivos de salud o condición física o del entorno, de forma temporal o permanente). Unos criterios como estos suponen, a priori, una gran heterogeneidad en los pacientes incluidos. Es además una actividad cada vez más compleja: los cambios demográficos y epidemiológicos están causando un incremento de pacientes de edad avanzada con morbilidad, fragilidad y dependencia que son atendidos a domicilio. Por

ejemplo, en Catalunya en 2016 un 50,6% de pacientes ATDOM mayores de 64 años habían sido identificados como pacientes crónicos complejos (PCC) y un 12,5% como pacientes crónicos avanzados (PCA)⁴. Estos cambios poblacionales y las necesidades que comportan requieren un análisis que va más allá de la mirada sanitaria, precisa también la sociológica y las soluciones no pasan exclusivamente por un colectivo profesional, siendo necesarios más colectivos profesionales⁵.

La principal ventaja de la ATDOM es que los pacientes pueden recibir una atención más personalizada y adaptada a sus necesidades por parte del equipo de AP. En Catalunya la proporciona un equipo estable de profesionales de referencia (de medicina, de enfermería, de trabajo social sanitario y de administrativo sanitario)⁶. Pero la ATDOM no sólo beneficia a las personas que atienden y su entorno cuidador, sino que también tiene un impacto positivo en los profesionales de la salud. Esta modalidad de atención permite interactuar con los pacientes en su domicilio, lo que les ayuda a comprender mejor sus necesidades a partir de atenderlas en un espacio personal social e íntimo (su propio domicilio); acceder a este espacio, como profesional, es un privilegio⁷.

Sin embargo, la ATDOM también tiene retos y prioridades a las que se debería dar respuesta de forma urgente. Uno de los más destacados es la carencia de recursos y de personal, lo que puede llevar a una sobrecarga de los profesionales y afectar a la calidad de la atención que se proporciona. A veces es difícil conciliar la atención en el centro con la atención a domicilio y es relativamente frecuente realizar la atención a domicilio aguda al final de la jornada o incluso fuera de la misma. Es necesario, por tanto, realizar un análisis cuidadoso de la situación y valorar cuáles son las barreras que encontramos para implementar la ATDOM, para conseguir generar en nuestro día a día el espacio y el tiempo que necesitan. Porque aparte de la longitudinalidad, es necesario asegurar la accesibilidad a los más vulnerables, y poder encajar una visita domiciliaria en el momento que corresponda y garantizar además la equi-

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102632>

0212-6567/© 2023 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/>).

dad, asegurando que cada paciente recibe la atención que necesita (lo que muchas veces se hace más con continuidad que con longitudinalidad). Es necesario cambiar a corto y a medio plazo para revalorizar y fortalecer la atención domiciliaria (asignar recursos de forma adecuada, conexión de los diferentes equipos implicados, coordinación, garantizar la longitudinalidad y calidad, etc.) y lo describen de forma excelente Melguizo y García en un editorial de esta misma revista⁸.

Como hemos comentado, en el domicilio deben realizarse múltiples intervenciones (sanitarias, sociales), participan distintos agentes y todos debemos colaborar para disminuir la fragmentación evidente de los cuidados que se proporcionan a domicilio. Somos los profesionales de AP quienes deberíamos liderar la ATDOM (con una clara responsabilidad en el ejercicio de la coordinación de todos los profesionales asistenciales implicados). Esta función de gestión y coordinación de casos y regulador de flujos está reconocida por ley y asignada a la Atención Primaria⁹.

Pero, pese a saber que la longitudinalidad se asocia a mejores resultados en salud, satisfacción y coste-efectividad, el escenario de recursos limitados y la sobrecarga de trabajo puede hacer parecer poco viable el modelo clásico de longitudinalidad (mismo médico, misma enfermera) y así, pese a todos sus beneficios, en el futuro tal vez no será posible que las personas sean atendidas por los mismos profesionales cada vez que lo necesiten. En este caso, sería fundamental garantizar la continuidad de los cuidados a través de una mejor información y gestión de la atención y un mayor papel de los profesionales del equipo de atención primaria (más allá del médico de familia)¹⁰. Además, podemos preguntarnos, ¿realmente los futuros usuarios del sistema desearán que los atienda siempre los mismos profesionales? Si atendemos a los deseos y decisiones de pacientes y entorno cuidador tal vez estén dispuestos a aceptar alternativas y, por tanto, tenemos mucho campo de análisis y planificación para responder a lo que quieren las personas.

Pese a todo, como grupo ATDOM de la Societat Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria (CAMFiC) nos resulta difícil aceptar lo antedicho sin aportar algunos matices. En un momento en el que se plantean nuevos modelos de atención, también en ATDOM, es necesario reivindicarla como un elemento esencial e innegociable de la AP. La evidencia de que disponemos es cuando menos, controvertida, cuando no escasa. Sin profundizar en el tema, disponemos de alguna información: pacientes atendidos en modelos de atención domiciliaria dispensarizados que estaban más satisfechos que con la atención convencional¹¹, existencia de un protocolo para comparar los dos modelos de ATDOM en 2020, (uno clásico, otro por un equipo que supuso romper la longitudinalidad) del que todavía no se han hecho públicos los resultados¹². También hay estudios que comparan modelos organizativos de atención a pacientes crónicos complejos (que no son exclusivamente pacientes domiciliarios)^{13,14} y no han podido objetivar claros resultados más allá de las mejoras en indicadores de hospitalización (a veces en visitas a urgencias). Los pocos estudios existentes tienen limitaciones metodológicas (pocos pacientes incluidos, falta de validez externa, ausencia de ajuste por factores sociales o medidas de autonomía personal). Por tanto, no hay datos que ava-

len la ruptura de la atención longitudinal en un grupo de pacientes tan vulnerables como aquellos que están incluidos en nuestros programas ATDOM; tampoco los hay para no hacerlo y la investigación en este campo es ciertamente crucial y necesaria.

Sí que hay algunos resultados de alguna iniciativa evaluada que queríamos poner en valor. En un entorno de racionalización de recursos, ser conscientes de los diferentes perfiles de necesidades de las personas incluidas en el programa ATDOM puede ser útil en la planificación individual y territorial de la actividad. Zamora et al¹⁵ identificaron seis perfiles de fragilidad en los usuarios ATDOM de la ciudad de Barcelona, desde una perspectiva multidimensional (física, psicológica y social). Detectada la heterogeneidad en el perfil de cuidados, la respuesta debería ser proporcionada y adecuada, centrada las necesidades de las personas a las que atendemos. También puede ser una opción que tener presente la creación de microequipos/equipos de cabecera (para fomentar el trabajo en equipo, compartir cupos, encontrar espacios para discutir los casos más difíciles)¹⁶.

La longitudinalidad ha demostrado su efecto beneficioso en la tasa de mortalidad de las personas (y en otros muchos resultados en salud). La atención domiciliaria, actividad nuclear de AP, es fundamental para garantizar la longitudinalidad y mejorar la calidad de la atención sanitaria. Sin embargo, es necesario tener en cuenta los retos logísticos y de recursos que comporta para poder ofrecer esta modalidad de atención de manera eficaz y eficiente, dotando adecuadamente a los profesionales para que logren hacerlo sin morir en el intento. Necesitamos también más investigación, más datos que nos ayuden a decidir de qué forma podemos organizarnos de forma adecuada, como podemos responder a las necesidades de las personas. La apuesta por una atención integrada, imprescindible para proporcionar esta respuesta, implicará el trabajo compartido con los Servicios Sociales, facilitado por el trabajo interdisciplinar del EAP, y sin ninguna duda, la clave del éxito está en el liderazgo de todos los profesionales de Atención Primaria.

Bibliografía

1. Añel-Rodríguez Rosa M^a, Astier-Peña Pilar. Longitudinalidad en Atención Primaria: un factor protector de la salud. *Rev Clin Med Fam* [Internet]. 2022. 2023;15:75-6. Consultado el 11 de marzo de 2023 Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci.arttext&pid=S1699-695X2022000200075&lng=es>. Epub 19-Sep-2022.
2. Wolinsky FD, Bentler SE, Liu L, Geweke JF, Cook EA, Obrian M, et al. Continuity of care with a primary care physician and mortality in older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2010;65:421-8, <http://dx.doi.org/10.1093/gerona/glp188>.
3. Bayona X, Limón E. Introducción: de la atención reactiva a la proactiva En *Guía de Atención Domiciliaria*. (pp 1-4). Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Barcelona. 2019.
4. Servei Català de la Salut Unitat d'Informació i Coneixement, Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat. Ús de recursos i despesa sanitària dels pacients en atenció domiciliària: any 2016. Barcelona: Servei Català de la Salut; 2018. (Informes breus; 13/2018).
5. Limón E, Blay C, Ledesma A. Las necesidades poblacionales, una llamada a la transformación de la aten-

- ción primaria. *Aten Primaria*. 2015 Feb;47:73–4. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2014.08.001. Epub 2014 Nov 27 PMID: 25435472; PMCID: PMC6983782.
6. Direcció estratègica d'atenció Primària i comunitària. Model del Programa d'atenció domiciliària (ATDOM) de l'atenció primària i comunitària (APiC).: any 2022. Barcelona. Departament de Salut. Consultado el 11 de marzo de 2023. Disponible en https://salutweb.gencat.cat/web/.content/_departament/ambits-estrategics/atencio-primaria-comunitaria/docs/model-atdom-apic.pdf.
 7. Busquet X. Bioética y atención domiciliaria *Aten Primaria*. 2006;38:513–5.
 8. Melguizo Jiménez M, García Caballos M. Reflexiones sobre el futuro de la atención domiciliaria Prioridades a corto y a medio plazo. *Aten Primaria*. 2022 Sep;54:102374. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2022.102374. Epub 2022 Jun 16; PMID: 35717680; PMCID: PMC9213221.
 9. art 12 de la Ley de 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Consultada el 11 de marzo de 2023. Disponible en <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715>.
 10. Jeffers H, Baker M. Continuity of care: still important in modern-day general practice. *Br J Gen Pract*. 2016, <http://dx.doi.org/10.3399/bjgp16X686185>.
 11. Gorina M, Limonero J, Prenart X, Jiménez J, Gassó J. Comparación de la satisfacción de los usuarios de atención domiciliaria modelo integrado vs. modelo dispensarizado *Aten Primaria*. 2014;46:276–82.
 12. Burgos-Díez C, Sequera-Requero RM, Tarazona-Santabalbina FJ, et al. Study protocol of a quasi-experimental trial to compare two models of home care for older people in the primary setting. *BMC Geriatr*. 2020;20, <http://dx.doi.org/10.1186/s12877-020-1497-0>.
 13. Coderch J, Pérez-Berrueto X, Sánchez-Pérez I, Sánchez E, Ibern P, Pérez M, Carreras M, Inoriza JM. Evaluación de la efectividad de un programa de atención integrada y proactiva a pacientes crónicos complejos. *Gac Sanit*. 2018 Jan-Feb;32:18–26. Spanish. doi: 10.1016/j.gaceta.2016.07.014. Epub 2016 Oct 24; PMID: 27789050.
 14. van Leeuwen KM, Bosmans JE, Jansen AP, Hoogendijk EO, Munting ME, van Hout HP, Nijpels G, van der Horst HE, van Tulder MW. Cost-Effectiveness of a Chronic Care Model for Frail Older Adults in Primary Care: Economic Evaluation Alongside a Stepped-Wedge Cluster-Randomized Trial. *J Am Geriatr Soc*. 2015 Dec;63:2494–504, <http://dx.doi.org/10.1111/jgs.13834>. Epub 2015 Dec 11; PMID: 26663424.
 15. Zamora-Sánchez JJ, Zabaleta-Del-Olmo E, Fernández-Bertolín S, Gea-Caballero V, Julián-Rochina I, Pérez-Tortajada G, Amblàs-Novellas J. Profiles of Frailty among Older People Users of a Home-Based Primary Care Service in an Urban Area of Barcelona (Spain): An Observational Study and Cluster Analysis. *J Clin Med*. 2021 May 13;10:2106, <http://dx.doi.org/10.3390/jcm10102106>. PMID: 34068296; PMCID: PMC8153285.
 16. Varela J. Avances en gestión clínica. Atención primaria: más trabajo en equipo para combatir el burnout. 2018. <http://gestionclinicavarela.blogspot.com/2018/06/atencion-primaria-mas-trabajo-en-equipo.html>
- Esther Limón* y Natalia Riera, en nombre del grupo ATDOM de la CAMFiC

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: elimonramirez@gmail.com (E. Limón).