



CARTA AL EDITOR

¿Una atención domiciliaria sin longitudinalidad?**Home-based care without longitudinality?**

Sr. Editor,

En el Fòrum Català d'Atenció Primaria (FoCAP) hemos leído con interés el artículo *Longitudinalidad y continuidad en atención domiciliaria*¹. Compartimos con los autores las afirmaciones sobre el enorme valor de la longitudinalidad en la atención a la salud de las personas, la importancia de la atención domiciliaria para las personas que la precisan, así como la preocupación por la organización de los servicios de atención sanitaria a domicilio en un contexto de mayor envejecimiento y aumento de las enfermedades crónicas. Sin embargo, ante las dificultades causadas por la falta de recursos, en el artículo se exhorta a «cambiar a corto y a medio plazo para revalorizar y fortalecer la atención domiciliaria», para posteriormente afirmar que «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 qué consistiría este cambio? ¿Por qué debemos aceptar que no sea posible la longitudinalidad, que tantos beneficios tiene? ¿Recomendaríamos un tratamiento que no disminuye la mortalidad cuando hay otro que sí la disminuye y, quizás, a menor coste?

Como se menciona también en ese artículo, los modelos alternativos de atención a domicilio no disponen de la sólida evidencia de beneficios para la salud de la población que tiene el de la longitudinalidad. Pero no solo la longitudinalidad resultaría dañada si se impusieran los modelos alternativos: también se vería afectada la equidad. La atención primaria tiene un impacto relevante en la equidad en salud gracias a sus atributos. Por eso, Starfield afirmó que «todas las innovaciones y mejoras en ella deben servir a sus características esenciales con el fin de ser útiles»². Los análisis de coste-efectividad de los programas de atención a pacientes crónicos no han tenido resultados positivos, como resalta una excelente revisión publicada³, en la que se concluye que «los decisores políticos y gestores deberían ser cautos antes de invertir recursos significativos para implantar intervenciones sin evidencia demostrada de su valor, aunque parezca que tienen sentido».

Sabiendo que hay una intervención que sí aporta valor, que es la basada en una atención primaria con longitudinalidad, ¿por qué no invertir los recursos en reforzar los equipos de atención primaria? Por otro lado, ¿de dónde saldrán las personas que formarían las unidades de atención domiciliaria? ¿Por qué se piensa que en un entorno de recursos finitos sí habría recursos para ellas?

Por último, la atención domiciliaria sin longitudinalidad también lesiona el generalismo, otro de los pilares de la atención primaria. Si los profesionales de la enfermería y de la medicina de familia dejamos de atender en el domicilio a nuestros pacientes con alta discapacidad o con enfermedades crónicas avanzadas en las agudizaciones de dichas enfermedades o en las enfermedades agudas, si dejamos de hacer el acompañamiento al final de la vida, perderemos habilidades clínicas y, además, ¿qué pasará con la formación de residentes de enfermería y medicina familiar y comunitaria? Aprenderán a hacer atención domiciliaria en una rotación optativa en un dispositivo sin longitudinalidad? El domicilio, la consulta y la comunidad son los espacios naturales de trabajo de los profesionales mencionados y los 3 forman un continuum que no se puede romper sin que la calidad de la atención y el sentido de nuestro trabajo se resientan.

Coincidimos con los autores en que somos los profesionales de atención primaria quienes debemos liderar la atención domiciliaria. Para esto es importante, por un lado, tener claro cuál es el modelo idóneo de atención: un modelo basado en los atributos de la atención primaria y, por otro, reclamar todos los recursos y apoyos necesarios para conseguirlo.

Financiación

No se recibió patrocinio de ningún tipo para llevar a cabo esta carta.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Limón E, Riera N, grupo ATDOM de la CAMFiC. Longitudinalidad y continuidad en atención domiciliaria. Aten

- Primaria. 2023;55:102632, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102632>.
2. Starfield B. Primary care: An increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012. Gac Sanit. 2012;26 Suppl 1:20–6, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.10.009>.
3. Minué-Lorenzo S, Fernández-Aguilar C. Visión crítica y argumentación sobre los programas de atención de la cronicidad en Atención Primaria y Comunitaria []. Aten Primaria. 2018;50:114–29, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2017.09.001>.

Laia Riera Armengol

Junta del Fòrum Català d'Atenció Primària, EAP Raval Sud, Barcelona, España

Correo electrónico: laiariera@gmail.com