



EDITORIAL

Propuestas para la atención domiciliaria del siglo XXI



Proposals for home care of the XXI century

Con la llegada del siglo XXI, y las transiciones demográfica y epidemiológica que lo caracterizan, la cronicidad y la fragilidad de larga evolución son cotidianas en atención primaria. Indiscutiblemente el aumento de la esperanza de vida conlleva un aumento de la cronicidad y también de la vulnerabilidad en las etapas finales de vida. Este es el nuevo paradigma epidemiológico. Debemos, pues, repensar y adaptar la prestación de la atención sanitaria y social de las personas con necesidades complejas de forma sensata.

En el contexto sanitario, la atención domiciliaria es aquella 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 familiar¹, pero el término «Cuidados a domicilio» (*Home care*) designan de forma genérica un amplio abanico de servicios de apoyo para personas dependientes y con incapacidades. La denominación incluye desde servicios de ayuda para las actividades de la vida diaria que requieren una cualificación mínima, hasta cuidados profesionales que utilizan tecnologías sofisticadas².

El domicilio, como escenario de atención, no es ajeno a todos estos cambios. Las previsiones del envejecimiento de la población general, los avances de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) y las preferencias y valores de los pacientes serán los factores moduladores de los cambios venideros. Se abren nuevas perspectivas, basándonos en la duración de los cuidados y en la intensidad de los mismos (fig. 1). La organización y la cartera de servicios prestados en el domicilio son claves para una asistencia sanitaria y social con valor añadido.

Revisando la literatura, encontramos evidencia en programas en que los miembros del equipo asistencial visitan a los pacientes con enfermedad oncológica avanzada en su casa y en las reuniones multidisciplinarias³. Pero las visitas domiciliarias preventivas no aportan beneficios en mayores de 65 años⁴, a no ser que estas visitas domiciliarias preventivas estén basadas en la valoración geriátrica integral (VGI), dirigidas a pacientes mayores que presenten menor riesgo de muerte⁵.

Son muchos los pacientes que prefieren ser tratados en casa frente el hospital, estando más satisfechos y presentando menor número de complicaciones⁶. La VGI es una buena herramienta y el abordaje protocolizado a domicilio de personas mayores desfavorecidas económicamente mejora la calidad de los cuidados, disminuye las urgencias hospitalarias, además de una mejor detección y manejo de síndromes geriátricos⁷.

La sostenibilidad de las políticas públicas de bienestar se ve amenazada, especialmente para atender a personas con mayor nivel de necesidades o que están en riesgo. Se estima que un 8% de la población está en situación de complejidad sanitaria o social y consume el 30% del presupuesto de las comunidades autónomas⁸. Muchas de estas personas son atendidas en su domicilio (ya sea domicilio habitual o centro residencial).

Uno de los retos es disminuir la fragmentación de estos cuidados que se procuran a domicilio. Para ello, la gobernanza en la provisión de servicios a domicilio (sanitario y social) debe localizarse no demasiado alejada (algunos apuntan a nivel de gobiernos locales). Todo ello bajo el paraguas de una financiación adecuada, según datos del Eurostat 2010 en Europa se calcula un promedio cercano al 4,1% del gasto sanitario. E indudablemente la visión del sistema y profesionales debe estar centrada en el paciente y sus necesidades. Para el futuro próximo es necesario avanzar hacia un modelo de provisión de servicios domiciliarios basada en la coordinación de todos sus actores, el equipo multidisciplinar coordinado⁹.

Pese a tener constancia de estos retos que como sistema sanitario nos encontramos, los autores seguimos teniendo dudas. Nos siguen faltando datos que nos permitan pronunciarnos por un modelo de atención. Cada territorio tendría que encontrar el modelo organizativo que le permita dar una mejor respuesta en función de su estructura poblacional y recursos. Por ejemplo, pacientes atendidos con un modelo de atención con equipo específico tenían mayor grado de satisfacción que pacientes atendidos con el modelo convencional¹⁰, aunque faltan datos de la eficiencia de ambos modelos. Sí sabemos que es fundamental la

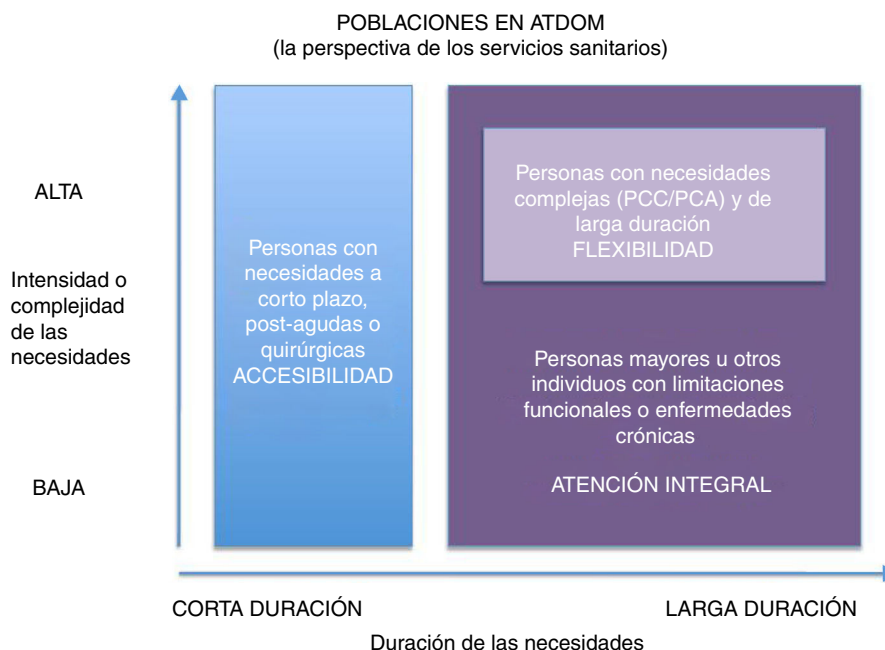


Figura 1 Poblaciones en ATDOM: la perspectiva de los servicios sanitarios.

PCA: paciente crónico avanzado; PCC: paciente crónico complejo.

Modificada de: Bringing Care Home, Disponible en: http://health.gov.on.ca/en/public/programs/ccac/docs/hcc_report.pdf

implicación de los equipos asistenciales en la elección del modelo de atención y el apoyo de sus direcciones. Además, las actitudes y aptitudes de los profesionales implicados son elementos de calado, de manera que es importante saber y promover las competencias transversales que facilitan atención domiciliaria a pacientes crónicos: favorecer las relaciones profesionales entre niveles asistenciales, continuidad asistencial, concepción biopsicosocial, atención holística al paciente y su entorno, contemplando emociones, expectativas, sentimientos, creencias y valores de pacientes y familiares¹¹. Sin olvidar que, en la atención centrada en la persona, no solo es fundamental respetar el deseo de las personas de ser atendidos en su casa, sino además, que su participación en el diseño de los servicios que van a recibir es clave.

Es imperiosa la necesidad de focalizar la atención en el domicilio de aquellas personas que lo necesitan y cambiar ciertos hábitos adquiridos, reorientar las acciones a realizar con «ilusión». Ir a visitar a domicilio debería ser un momento de placer con grandes oportunidades.

Los profesionales deberían centrarse en la detección de aquellas personas que tienen necesidades complejas, adaptando la atención a cada momento y situación, haciendo del domicilio un lugar ideal en muchas circunstancias, lugar habitualmente preferido en descompensaciones, pero no exclusivo.

La figura del profesional sanitario referente es clave para la atención de estas personas, pero esta figura puede cambiar en función de las circunstancias. Si no hay una buena comunicación entre profesionales no se puede dar respuesta a la complejidad¹². Y no olvidemos las residencias geriátricas donde también viven o, dicho de otro modo, son el domicilio de muchas personas con necesidades complejas que precisan también de una atención individualizada.

En nuestras manos está salir airoso del encargo que nos hace la sociedad. Poder contar con más recursos nos puede ayudar, pero la atención domiciliaria de este siglo XXI necesita un liderazgo claro de la atención primaria, que debe contar, sin duda, con la colaboración coordinada de servicios sanitarios y sociales y de otros profesionales que añadirán vida a los años.

Bibliografía

1. Ferrer C, Cegri F. Informe de FAECAP sobre la atención domiciliaria en España: El liderazgo de enfermería comunitaria. FAECAP. 2015 [consultado 9 Nov 2017]. Disponible en: <http://www.faecap.com/noticias/show/informe-de-faecap-sobre-la-atencion-domiciliaria-en-espana-el-liderazgo-de-la-enfermeria-comunitaria>
2. Comisión para el Desarrollo de la Atención Enfermera en el Servicio Andaluz de Salud. Estrategias de mejora de la atención domiciliaria en Andalucía. Servicio Andaluz de Salud 2014. [consultado 9 Nov 2017]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr_desa_Innovacion1
3. Smeenk FW, van Haastregt JC, de Witte LP, Crebolder HF. Effectiveness of home care programmes for patients with incurable cancer on their quality of life and time spent in hospital: Systematic review. *BMJ*. 1998;316:1939-44.
4. Wise J. Evidence doesn't support home care visits for over 65s. *BMJ*. 2014;348:g2083.
5. Contel JC. Impacto de la atención domiciliaria preventiva en el ingreso en centros sociosanitarios, estado funcional y mortalidad. *FMC*. 2002;9:459.
6. Caplan G. Evaluation of hospital at home scheme: Another study found that patients prefer home care to hospital care. *BMJ*. 2000;320:1077.

7. Counsell SR, Callahan CM, Clark DO, Tu W, Buttar AB, Stump TE, et al. Geriatric care management for low-income seniors. A randomized controlled trial. *JAMA*. 2007;298:2623–33.
8. Limón E, Blay C, Ledesma A. Las necesidades poblacionales, una llamada a la transformación de la atención primaria. 2015;47:73–4.
9. Genet N, Boerma W, Kroneman M, Hutchinson A, Saltman RB. Home Care across Europe. [consultado 9 Nov 2017] Disponible en: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/181799/e96757.pdf
10. Gorina M, Limonero JT, Peñart 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.
11. Escarrabill J, Clèries X, Sarrado JJ. Competencias transversales de los profesionales que facilitan atención domiciliaria a pacientes crónicos. *Aten Primaria*. 2015;47:75–82.
12. Blay C, Limón E. (coord.) Bases para un modelo catalán de atención a las personas con necesidades complejas: conceptualización e introducción a los elementos operativos.

Departament de Salut; 2016. [consultado 25 Oct 2017] Disponible en: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicos/linies_dactuacio/model_assistencial/atencio_al_malalt_cronic/documents/arxiu/bases_modelo_personas_complejidad.pdf.

Xavier Bayona Huguet^{a,*}, Esther Limón Ramírez^b
y Francisco Cegri Lombardo^{b,c}

^a *Grupo de Trabajo de Gestión, Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC)*

^b *Grupo de Trabajo de Atención Domiciliaria (ATDOM), Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC)*

^c *Grupo de Trabajo de Atención al Anciano, Asociación de Enfermería Familiar y Comunitaria de Cataluña (AIFICC)*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: xavier.bayona@gmail.com
(X. Bayona Huguet).