

Organización de la atención domiciliaria: oportunidades de mejora

S.I. Moreno Puerta y R. González San Segundo

Médicos de Familia. Centro de Salud San Andrés II y III. Área XI. Madrid. España.

La atención domiciliaria es una modalidad asistencial dirigida a las personas que, por su situación de salud o por problemas sociosanitarios, requieren cuidados de carácter temporal o permanente en su domicilio. Tiene como principio proporcionar la asistencia integral en el medio cercano al individuo.

La atención domiciliaria es una modalidad asistencial dirigida a las personas que, bien por su situación de salud o por problemas sociosanitarios, requieren cuidados de carácter temporal o permanente en su domicilio. Tiene como principio proporcionar asistencia integral en el medio cercano al individuo.

El aumento de la esperanza de vida ha dado lugar a un envejecimiento progresivo de la población. En la figura 1 se muestran las previsiones de crecimiento de la población española mayor de 65 años (Informe 2004 IMSERSO).

La situación de esta población y su asistencia requiere una respuesta organizativa y legislativa (tabla I) capaz de proporcionar una satisfacción a las complejas demandas de este colectivo.

Problemas de la atención en el domicilio

A pesar del número elevado de personas que podría beneficiarse de este servicio (en torno al 11% de los mayores de 65 años), la cobertura actual es del 6% de personas mayores de 65 años. Esto se debe a que la atención domiciliaria se percibe por un gran número de médicos de atención primaria como una carga de trabajo molesta, un acto social e incluso como un servicio de lujo, dada a la situación actual de la atención primaria.

Los principales problemas con los que tenemos que enfrentarnos son:

- Inseguridad del profesional. Falta de formación para tratar problemas habituales en el domicilio: sintomatología de difícil control, situaciones familiares de alto impacto emocional, dificultad en la valoración de las necesidades del paciente, multitud de instrumentos y escalas de valoración.
- Lugar de trabajo diferente a su consulta habitual. En el domicilio, el médico es el extraño que se tiene que adaptar

Tabla I. Legislación que apoya la asistencia domiciliaria

Constitución española, artículos 41, 49 y 50
Cartera de Servicios de Atención Primaria de las diferentes Comunidades Autónomas
Ley 41/2002 Autonomía del Paciente
Ley de Cohesión del Sistema Nacional de Salud (mayo 2003)
Ley de Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia (2006)

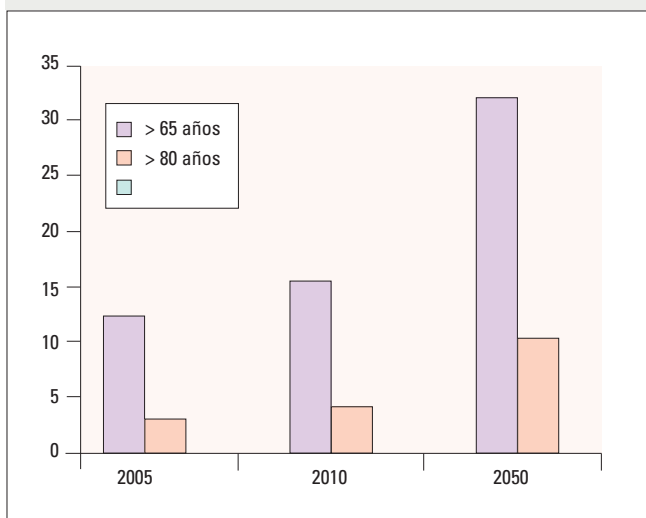
a las circunstancias: casas con condiciones higiénico-sanitarias deficitarias, pacientes solos y abandonados por sus familiares, horario de visitas en ocasiones condicionado a que haya un cuidador o familiar que pueda abrirnos y atendernos, etc.

- Falta de acceso a la historia clínica completa del paciente y algunas herramientas diagnósticas y terapéuticas, de las que sí disponemos en el centro de salud. Dificultades en la exploración del paciente.
- Responsabilidades legales. Nos enfrentamos solos al diagnóstico, al tratamiento y a la decisión de derivar o no. No tenemos el respaldo de un compañero al que consultar a la hora de tomar decisiones.
- Conflictos del informador. El profesional tiene que hacer de mediador entre el paciente y la familia.
- La alta presión asistencial limita el tiempo disponible para la atención domiciliaria, y en muchas ocasiones hay que acudir a los domicilios fuera del horario laboral habitual.
- Utilización de su vehículo particular, de su móvil y de su instrumental sin que haya una compensación económica

Tabla II. Alta hospitalaria de calidad

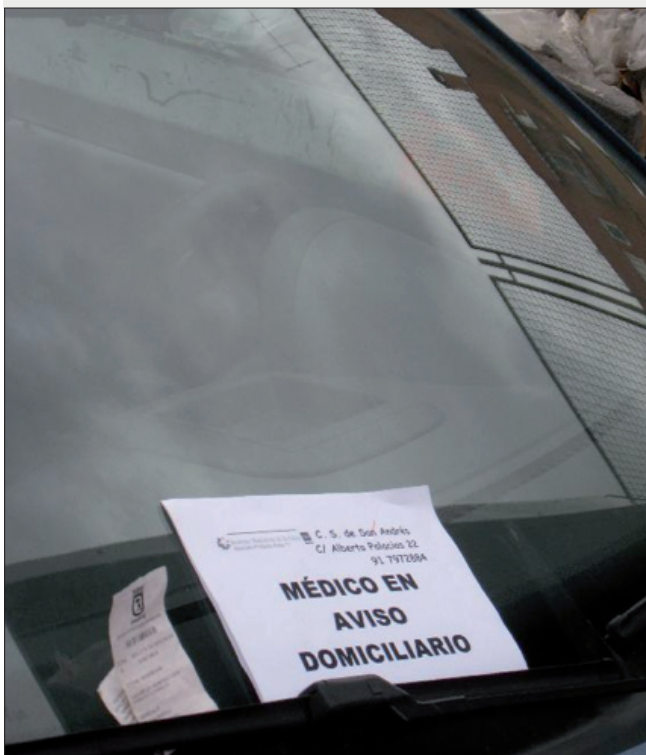
Informe de enfermería al alta
Contacto telefónico en pacientes más complejos
Elaboración de una guía de práctica clínica para entregar a los familiares
Información sobre la evolución predecible del proceso
Circuito para volver al hospital si hay complicaciones sin pasar por urgencias

Figura 1. Previsiones de crecimiento de la población española mayor de 65 años.



Fuente: Informe 2004 IMSERSO.

Figura 2. Negativa de los ayuntamientos a facilitar el aparcamiento a los profesionales sanitarios.



adicional. El médico es el responsable de hacer frente a los pagos de las multas, de los accidentes que puedan tener sin contar con el apoyo de las autoridades sanitarias, ni tampoco de las instituciones municipales (negativa de los ayuntamientos para facilitar el aparcamiento a los profesionales sanitarios) (fig. 2).

- Falta de coordinación entre los distintos profesionales de los servicios sociales y sanitarios, que provoca mucha confusión y no rentabiliza los recursos.
- Altas hospitalarias tempranas, sin que haya una capacidad real de la familia para llevar a cabo las tareas de cuidado, que en muchas ocasiones estos cuidados recaen en la atención primaria, sin que haya una desviación de los recursos desde el segundo al primer nivel.
- Reparto de los cupos con criterios estrictamente demográfico-poblacional (un médico para cada 2.000 habitantes), sin tener en cuenta la prevalencia de la población anciana, el nivel cultural, económico, etc.
- Miedo a sufrir agresiones en *domicilios difíciles*, a los que en muchas ocasiones tenemos que acudir en solitario.
- Ir contracorriente. La atención domiciliaria intenta evitar la entrada al hospital, intentamos que el paciente pueda estar el mayor tiempo en su domicilio.

Necesidades para conseguir una atención domiciliaria de calidad

Por razones sociales, económicas y políticas, la atención domiciliaria recae prácticamente en exclusiva en los centros de salud (salvo algunas unidades de apoyo en pacientes terminales). Lograr que los profesionales que trabajan en ellos se encuentren motivados para realizar esta atención y que los pacientes incluidos en este programa se encuentren satisfechos de la atención recibida depende de que, por parte de la Administración, se dé una respuesta organizativa capaz de conseguir:

- Adecuación de las plantillas en función de datos no sólo demográficos, sino también de nivel cultural y económico, número de personas mayores, dispersión geográfica.
- Reorganización interna del trabajo, sobre todo cuando haya pacientes que requieran una gran frecuentación e intensidad en su seguimiento para tener más disponibilidad de tiempo asistencial fuera de la consulta.
- Formación continuada y continua de los profesionales. Un mismo profesional debe ser capaz de atender aspectos biomédicos y psicosociales y coordinar los recursos sanitarios y sociales. El médico de familia debe ser capaz de atender los aspectos bioéticos tradicionales de los procesos crónicos y, a la par, dar respuesta a los problemas familiares en su doble vertiente: la repercusión que en la evaluación de la enfermedad y la adhesión al tratamiento tiene la familia, así como los problemas que origina la enfermedad crónica en la organización y función familiar.
- Formación y soporte a los cuidadores informales de los pacientes incluidos en el programa (desarrollo completo de la actual Ley de Dependencia).
- Evaluar y consensuar un sistema de valoración integral y multidimensional. Se ha de priorizar qué elementos son imprescindibles en esta evaluación.
- Potenciar que cada médico y enfermera, dentro de los equipos de atención primaria, se responsabilice de la atención

domiciliaria de sus pacientes ancianos, incapacitados o terminales, y evitar que los equipos de soporte carguen en la sustitución de las funciones de los primeros, creando una red de asistencia paralela.

- Implementación de estrategias de coordinación entre el nivel hospitalario, los servicios sociales y atención primaria.
- La organización de los servicios de atención domiciliaria deberá integrar la valoración de riesgos en el hogar y la provisión de ayudas técnicas y adaptaciones.
- Planificación del alta hospitalaria. La tendencia a la disminución de las estancias medias y los costes en el nivel hospitalario traslada a la comunidad un perfil de paciente con unas necesidades, un grado de dependencia y un requerimiento de cuidados mayor. Esta situación debería acompañarse de una reasignación de recursos para financiar este aumento de las demandas en atención primaria. Debería exigirse siempre un alta de calidad (tabla II).
- Incentivaciones económicas al hecho de utilizar su propio vehículo y ayudas por parte de los ayuntamientos a la hora de facilitar a los médicos el uso de su vehículo particular.

Conclusiones

Las características del trabajo de los equipos de atención primaria, como la multidisciplinariedad, la accesibilidad, el cuidado longitudinal que permite una relación médico-paciente-familia establecida en la comunidad durante los años previos, el conocimiento del entorno familiar, entre otros, hacen que la posibilidad de ofrecer una atención integral en el domicilio sean el recurso sanitario más lógico e idóneo para la atención de las personas con enfermedades progresivas e incurables, mientras permanecen en su domicilio.

La importancia creciente de la atención domiciliaria dentro de la atención primaria es un fenómeno que, en el futuro, condicionará que se destinen cada vez más recursos, tanto humanos como materiales.

Se tendría que realizar una redistribución de los recursos, con el objetivo de aumentar la calidad asistencial, de forma que el paciente que permanezca en su domicilio nunca se encuentre en inferioridad de condiciones respecto a aquél que utiliza los servicios hospitalarios, y el domicilio sea una alternativa a la hospitalización.]

Bibliografía recomendada

Contel JC, Gené J, Peya M. Atención domiciliaria. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; 1999.

Societat Catalana Medicina Familiar i Comunitaria. Manual de Atención domiciliaria. Fundación de Atención Primaria. 2003.

Toquero F, Zarco J. Guía de la buena práctica clínica en atención domiciliaria. OMC. Madrid: IM&C; 2005.

A tener en cuenta

- La sociedad del siglo XXI exige y exigirá al sistema sanitario una asistencia domiciliaria de calidad.
- La atención domiciliaria debe consolidarse como un servicio básico y priorizado dentro de los equipos de atención primaria.
- El crecimiento progresivo de la proporción de ancianos en la población va a variar la atención que reciben estas personas, así como aumentar el tiempo que los profesionales sanitarios tendrán que invertir en la atención de este sector de la población.
- No es un problema de futuro, es una realidad a la que no hemos adaptado nuestras actividades ni nuestras estructuras.