

## INFORME DE LA SOCIEDAD MADRILEÑA DE ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA AL DOCUMENTO BORRADOR DE “PROYECTO DE MEJORA DE LA ATENCIÓN SANITARIA DOMICILIARIA” DE LA GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA

Hemos recibido con ilusión este documento de trabajo sobre la mejora de la atención domiciliaria en atención primaria. Tema que a nuestra sociedad ha preocupado y preocupa y sobre el que hemos profundizado de forma importante.

Sin embargo, la decepción al acceder a él ha sido profunda. Creemos que no se trata de un documento de mejora de la atención domiciliaria sino un **proyecto para colaborar en la potenciación de la hospitalización a domicilio**, esto sí, sin recursos humanos nuevos apoyándose en el falaz argumento de “las enfermeras de atención primaria tienen tiempo”.

Es un borrador que admite pocas enmiendas o aportaciones ya que no es adecuado en todo su planteamiento puesto que carece de la visión propia de la Atención Primaria. Por nuestra parte hay que desecharlo entero para proponer un modelo para atención primaria **centrado en las personas y sus familias, y no en la enfermedad**. El actual presenta una visión puramente medicalizada y biologicista para dar altas precoces y que los pacientes no vayan a urgencias del hospital. No se debe confundir la atención a domicilio de los equipos de hospitalización con la atención domiciliaria que presta la atención primaria como primer nivel asistencial de salud, puesto que los objetivos, las intervenciones y el foco de la atención son bien diferentes.

Los objetivos que se plantean son loables y pertinentes, atender a las personas en su lugar de residencia es eficiente y redundante, sin duda, en una mejora de la satisfacción y la calidad de vida de las personas enfermas, sin embargo, se debe abordar con recursos y organizaciones adecuadas.

Lo primero es utilizar el lenguaje adecuado y hacerlo con rigor. No se deberían utilizar términos como “paciente terminal”. O hablamos de enfermedad terminal o hablamos de pacientes con necesidad de cuidados paliativos o pacientes al final de la vida o pacientes con enfermedad terminal.

No es de recibo el título del punto 5 “**PROCESOS** susceptibles de ser atendidos” en lugar de “**PERSONAS** susceptibles de ser atendidas” y todo ello clasificado en función de un diagnóstico médico.

El objetivo de la atención en domicilio desde atención primaria no tiene que ver exclusivamente con la reducción de los ingresos hospitalarios y la atención en urgencias de los hospitales o las altas tempranas. Tiene que ir **enfocada a mejorar la calidad de vida** de los pacientes en general, lo cual no se nombra en ninguna parte del texto, y no solo dirigida a los que padecen enfermedades sino de toda la población, especialmente la más vulnerable, independientemente de la edad y de la enfermedad que se padezca. Para ello hay que atender a factores que ni se nombran, como el aspecto emocional, factores vitales estresantes, vejez o soledad.

Un modelo de atención domiciliaria en atención primaria que resuelva problemas de salud de los pacientes requiere dar la posibilidad a las enfermeras (referentes de cuidados en domicilio) de hacer una **gestión de casos real**, que le permita tomar

decisiones sobre la gestión de un ingreso, de una ambulancia, la atención en urgencias, facilitar la gestión de citas hospitalarias de pacientes más vulnerables cuando considere que adelantar una cita con el especialista puede mejorar la situación del paciente y evitar un ingreso posterior y ofrecer recursos sin ser cuestionadas por parte de los hospitales. Esto no se concreta en el documento.

Los factores socioeconómicos y culturales determinan complicaciones que no se tratan en este modelo y a los que no se atiende. Una atención enfocada solo a la enfermedad y lo biológico es una **visión simplista** que no tiene en cuenta los **determinantes sociales** que agravan el estado de salud de las personas y sus familias, que ya padecen o que pueden padecer cualquier enfermedad o no. No es posible evitar ingresos o reducir las estancias hospitalarias si no se dan las condiciones adecuadas para estar en domicilio con el apoyo social que ello requiere para personas con enfermedades crónicas complejas o que viven en soledad.

Los trabajadores sociales y fisioterapeutas aparecen vagamente y sin facilitar ningún recurso. Tampoco se articula un procedimiento de derivación cuando no es posible permanecer en casa o cuando los cuidados o condiciones del domicilio no lo hacen posible.

Estamos de acuerdo en la necesidad de un cambio en la atención domiciliaria actual, pero un cambio de modelo sin aportar recursos, facilitar la gestión de las agendas, reorganizar el trabajo en los Centros de salud, etc. no es adecuarse a las necesidades reales de la población.

La propuesta que se nos presenta está basada de forma redundante en la "baja actividad domiciliaria": *"al cierre de 2017, la media de visitas domiciliaria por profesional y día en la Comunidad de Madrid, en ningún caso alcanza una visita a domicilio diaria por profesional"*. Esta conclusión se deduce de la actividad en domicilio de las enfermeras ya que la de los médicos es mucho menor.

Actualmente en los centros de salud de la Comunidad de Madrid se **potencia la actividad en consulta**, destinando un tiempo escaso para la atención domiciliaria. Se mide la actividad en domicilio con los mismos criterios que la actividad en consulta. Además, actualmente la actividad total se está ajustando por días trabajados, sin embargo, no se ajusta el dato de atención domiciliaria.

Pero, además, sabemos que el dato de atención domiciliaria es muy sensible a aspectos organizativos y de estructura de la zona básica. Por ejemplo, el tamaño de la zona básica condiciona mucho el tiempo de atención. La organización de los turnos de presencia en el centro de salud para posibles "urgencias" y el tamaño del EAP va a condicionar el número de días en los que los profesionales pueden hacer atención en el domicilio. La atención domiciliaria es una actividad que está sujeta a muchos condicionantes que no están contemplados cuando se mide con los mismos criterios que la actividad en consulta.

En cuanto a los **recursos materiales** no es realista que transportemos en el bus o metro o andando oxigenoterapia, aspiradores, nebulizadores, electrocardiógrafos, medicación, material de curas, esfigomanómetros, pulsioxímetros, otoscopio, oftalmoscopio, linterna, glucómetros, aparatos de INR, palos para sueros, etc., sin olvidar teléfono móvil y ordenador. Si lo que se pretende es un minihospital en el domicilio de cada paciente necesitaremos coches como la hospitalización a domicilio porque no podemos llevar coche ni aparcarse, al menos en Madrid.

El documento no hace propuestas organizativas ni una mínima aproximación a cómo impactaría el aumento de la atención domiciliaria para atender estos procesos en el resto de las actividades del equipo de atención primaria: atención en consulta, educación para la salud, participación en la comunidad o las sesiones de autoformación... Pero como el planteamiento general es que “la enfermera tiene tiempo” quizás el impacto en estas otras actividades no sea importante y a lo que estemos asistiendo es a una propuesta que, junto a otras, **produzcan un cambio de modelo**, que afectaría muy directamente a la enfermera.

Otra cosa que nos ha llamado poderosamente la atención es la definición de los “**criterios de inclusión y exclusión**”. Éstos avalan el argumento de que se pretende una hospitalización a domicilio. NO exime la atención en el domicilio que el paciente necesite una unidad de media estancia cuando no la hay, ni tampoco que no haya personas cuidadoras, ni tampoco las condiciones del domicilio cuando el paciente no quiere salir de su casa para residir en otro lugar.

Las enfermeras y los enfermeros de AP atendemos a las personas en su domicilio y en ocasiones las personas cuidadoras no tienen capacidad para cuidar, la vivienda no tiene condiciones de seguridad, o las personas viven solas....

Para concluir, en nuestra opinión hay que mejorar cómo se realiza la atención en domicilio, pero fomentando el papel de la enfermera familiar y comunitaria. Debemos atender a las personas en su hogar teniendo en cuenta que nuestro objetivo es el fomento de la mayor autonomía posible, la detección y prevención de los riesgos en el hogar, la atención de la soledad, la incorporación de los aspectos psicoemocionales y el apoyo a las personas cuidadoras y a la familia.