



# Atención Domiciliaria y Atención Primaria de Salud

Joan Enric Torra i Bou\*

## Resumen

Este artículo sumamente novedoso afronta de forma clara los principales contenidos que se inscriben en el marco de la atención domiciliaria. No olvidemos que, actualmente, este tema suscita el interés no sólo de los profesionales implicados en él sino también de la comunidad, por cuanto se vive problemáticamente el hecho de mantener a una persona enferma o incapacitada en el domicilio. Abordarlo implica una serie de presupuestos de tipo asistencial y organizativos en los que se ven inmersos el enfermo, su familia y el equipo de salud.

## INTRODUCCIÓN

La atención domiciliaria es una necesidad sentida y vivida por amplios sectores de la comunidad, en la medida en que tiene como objetivo responder a la problemática que representa mantener una persona enferma o incapacitada en su domicilio, con todas las connotaciones de tipo asistencial y organizativas que ello lleva consigo, tanto para el usuario y su familia como para el equipo de atención de salud.

Un análisis de la atención domiciliaria desde la perspectiva de la atención primaria de salud, uno más de los niveles de atención implicado en este tipo de actividad, nos obliga a hacer referencia al hecho de que hoy en día asistimos, y en la medida de nuestras posibilidades participamos, en un importante proceso de cambio en el marco conceptual y organizativo de la atención primaria, cambio que tiene como objetivo acercar el trabajo de los diferentes profesionales implicados en las estructuras de atención primaria a las necesidades de salud de la población.

Aunque no sea el objetivo de este artículo, la gran trascendencia que tiene el mencionado proceso de reforma de la

atención primaria de salud nos obliga a hacer una breve referencia a los elementos que definen el nuevo modelo de atención primaria.

Así pues, entre los principales elementos de cambio del nuevo modelo podríamos destacar:

- La definición de la atención primaria como el primer punto de contacto del ciudadano con las estructuras de atención de salud.

- La creación de la figura del equipo de atención primaria, en el que se incorporan las figuras del odontólogo y la del profesional del trabajo social, como un equipo multidisciplinario con un objetivo común, la salud de la población a su cargo.

- La fijación de las áreas básicas de salud (Zona de Salud), como la unidad territorial básica de atención primaria delimitada en base a criterios geográficos, demográficos, sociales y epidemiológicos.

- La inclusión de los contenidos preventivos, curativos, rehabilitadores y de promoción de la salud en la comunidad en el trabajo de los diferentes profesionales del equipo.

- La definición de la atención domiciliaria como una de las estrategias básicas de intervención de los equipos de atención primaria.

- Y la inclusión de toda una serie de elementos funcionales y estructurales que permiten y favorecen una redefinición

\* D.E. Departamento de Sanidad y Seguridad Social. Generalitat de Cataluña. Barcelona.

## Asistimos a un importante proceso de cambio en el marco conceptual y organizativo de la atención primaria

del rol de los profesionales de enfermería en la atención primaria, colectivo que, tradicionalmente, ha estado infravalorado a expensas de otros profesionales.

En la tabla I se hace una comparación entre los elementos esenciales de la atención primaria y el modelo no reformado, al que nos referimos como asistencia médica ambulatoria.

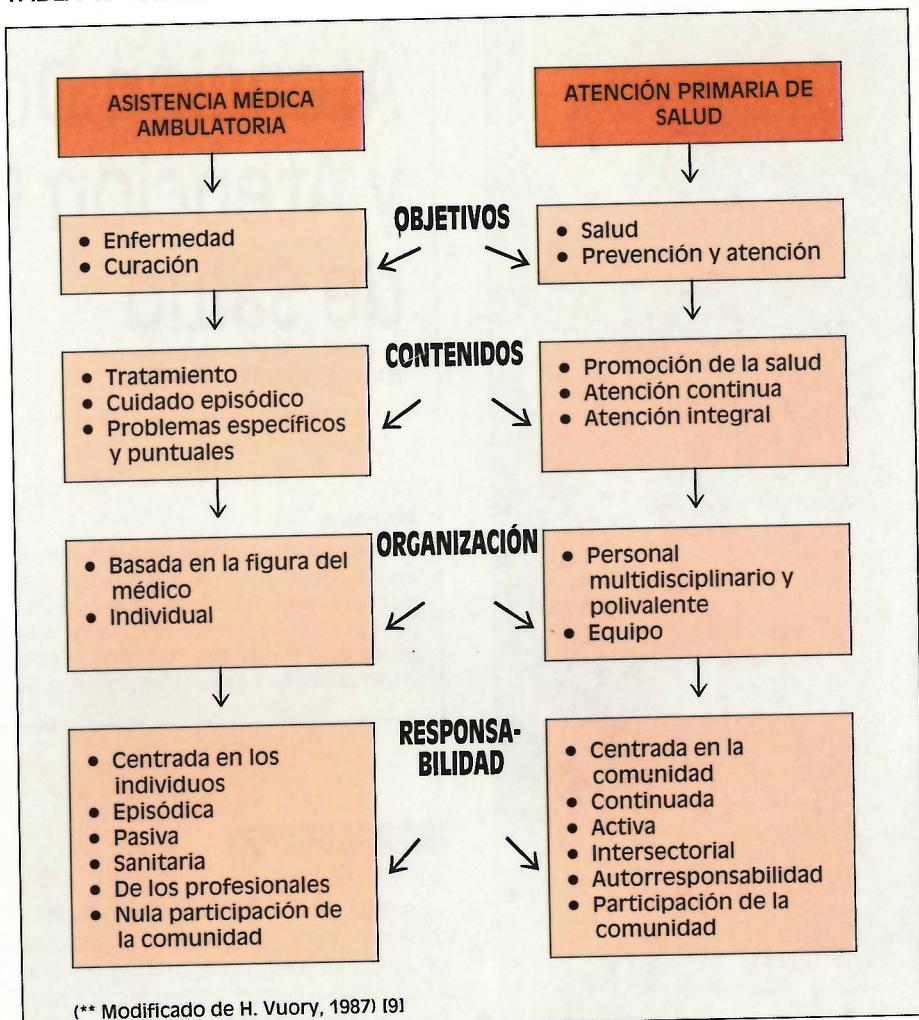
El trabajo de los profesionales de enfermería en el domicilio de los usuarios es un hecho que va íntimamente relacionado al concepto y a la esencia de la enfermería. Ya en el lejano 1859, Florence Nightingale definía el objetivo de la enfermería como: «Situar al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza pueda actuar en él» [1]; prueba de ello es que, de una manera tradicional, el trabajo de los profesionales de enfermería del ámbito extrahospitalario se ha caracterizado por su cercanía a la comunidad y a las estructuras más básicas de la misma, entre las que podríamos destacar a la familia y el entorno familiar, marco de actuación estrechamente vinculado al trabajo a domicilio de los profesionales de enfermería.

Antes de profundizar en los aspectos conceptuales de la atención domiciliaria, tendríamos que destacar tres hechos que tienen una especial importancia en el análisis de este tipo de actividad y que, dada su entidad, merecen un comentario aparte:

– En primer lugar, destacar que la atención domiciliaria no es ni debe ser una actividad exclusiva de los profesionales de enfermería, ya que en ella están implicados TODOS los profesionales que forman parte del equipo de atención primaria.

– Siguiendo en esta línea de razonamiento, la atención domiciliaria NO ES UNA ACTIVIDAD EXCLUSIVA de un nivel asistencial ni, evidentemente, de un colectivo profesional, ya que tal como hemos comentado en el punto anterior, ésta implica a todos los profesionales relacionados con la atención de salud y, por supuesto, a los diferentes niveles de atención de salud.

**TABLA 1. Características básicas de la Atención Primaria de Salud\*\***



– Por otra parte, y si nos centramos en las repercusiones de la atención domiciliaria en el colectivo de enfermería, remarcar el hecho de que no nos encontramos ante una actividad nueva o de reciente definición, sino que, todo lo contrario, estamos hablando de un ámbito de trabajo que ha sido desarrollado tradicionalmente, y con diversidad de enfoques, por los profesionales de enfermería que trabajan con contingentes de asegurados (ATS/DE de zona o de servicios especiales u ordinarios de urgencia en el medio urbano, y ATS/DE de APD o sanitarios locales en el medio rural o bien por profesionales con ejercicio libre de la profesión).

Ahora bien, podríamos establecer la diferencia entre la atención domiciliaria y el trabajo de enfermería en el domicilio de los usuarios haciendo un análisis del enfoque que se da a este tipo de actividad. Así pues, nos referimos a la asistencia domiciliaria como el conjunto de actividades que tienen como objetivo la presta-

ción de tratamientos puntuales con una orientación exclusivamente asistencial reparadora, sin que en ellas exista un contexto de trabajo en equipo; este tipo de actividad se corresponde mayoritariamente, y con la excepción de diversas iniciativas personales aisladas, con el trabajo que se ha venido realizando tradicionalmente por los profesionales de enfermería con responsabilidades de trabajo en el domicilio de los usuarios.

En contraposición a la asistencia domiciliaria, podríamos hablar de la atención domiciliaria como una actividad que, además de los contenidos asistenciales reparadores, incluye elementos de promoción, protección y rehabilitación de la salud, y que surge en un contexto de trabajo en equipo y de programación de las actividades. Este tipo de actividad es aún hoy en día escasa en el sistema sanitario, pero tiende a irse implantando de una manera progresiva. A este tipo de actividad es a la que nos referiremos en esta serie de trabajos.

Los orígenes de la atención domiciliaria en nuestro país, como actividad institucional diferenciada de la asistencia domiciliaria y con un importante peso en contenidos de enfermería, hay que ir a buscarlos en algunas experiencias de hospitalización a domicilio [2] desarrolladas por algunos hospitales a partir de los inicios de la década de los años ochenta, y que se basaban en trabajos realizados en otros países como Suiza, Francia, Reino Unido, Canadá, Estados Unidos, etc. La hospitalización a domicilio se planteaba con el objetivo de proporcionar atención a enfermos en su domicilio, con posterioridad a su alta hospitalaria, por parte de profesionales de enfermería del hospital, extendiendo de esta manera el ámbito de actuación del hospital al domicilio de algunos de los usuarios. Este tipo de actividades se desarrollaban en un contexto caracterizado por un papel preponderante del hospital en el sistema sanitario, y por la escasa o nula respuesta de las estructuras de atención primaria de salud ante el problema de la atención de pacientes crónicos o agudos en su domicilio, sin un menoscabo importante de su calidad de vida.

A principios de los años ochenta, coincidiendo con el inicio de un movimiento de cambio por parte de algunos grupos de profesionales de atención primaria, la atención domiciliaria rebasa el ámbito hospitalario para empeza a ser desarrollada desde algunos ambulatorios de la Seguridad Social en diferentes Comunidades Autónomas del Estado español. Si nos ceñimos al ámbito de Cataluña, éste sería el caso del C.A.P. (Centro de Atención Primaria) de Cornellá, en el que miembros del equipo de enfermería conjuntamente con la dirección del centro, empiezan a implantar un programa de atención domiciliaria de enfermería [3], actividad que luego también se irá desarrollando en algunos de los centros piloto del extinto Programa piloto de reforma de la asistencia primaria en Cataluña [4], y que con el proceso de reforma de la atención primaria y la consiguiente implantación de las áreas básicas de salud [5], encuentra en estas unidades organizativas un marco idóneo para su desarrollo.

En el transcurso de los últimos años, en la literatura científica, tanto de enfermería como de atención primaria de salud, aparecen diversas referencias a la atención domiciliaria, en las que se describen y analizan diferentes experiencias sobre

## **La atención domiciliaria incluye elementos de promoción, protección y rehabilitación de la salud**

la implantación de este tipo de actividad. Éstas nos demuestran la progresiva y a la vez heterogénea implantación de la atención domiciliaria en la red de atención primaria de salud, así como una cierta diversidad de enfoques ante el concepto de atención domiciliaria y el alcance del mismo.

Esta serie de artículos se plantean con el objetivo de conseguir bajo la perspectiva de la atención de enfermería, pero sin perder el contexto de equipo de tra-



## A principios de los años 80 la atención domiciliaria rebasa el ámbito hospitalario

bajo multidisciplinario, una aproximación conceptual a la atención domiciliaria, como actividad a desarrollar dentro del contexto de la atención primaria de salud haciendo un análisis de los diferentes elementos que intervienen en la misma, así como de las condiciones necesarias para su implantación y los elementos prácticos que intervienen en la implantación, el seguimiento y la evaluación de este tipo de estrategia de intervención para la resolución de problemas de salud.

### Acerca de la atención domiciliaria

Un análisis riguroso de la realidad que aparece en torno a la atención domiciliaria, entendida como una de las diferentes estrategias de intervención en la atención de la salud de los usuarios, nos obliga a tener en cuenta toda una serie de variables, algunas de ellas relacionadas con la comunidad y otras más relacionadas con los profesionales sanitarios, las cuales condicionan e interactúan con las estructuras de atención de salud en el planteamiento de diferentes alternativas de atención en el domicilio de los usuarios.

Entre estos factores condicionantes podemos destacar por su especial relevancia:

- El envejecimiento progresivo de la población, hecho muy directamente relacionado con el proceso de desarrollo de la sociedad, y que tiene una gran incidencia en la sociedad española.
- El aumento en la esperanza de vida de la población, hecho estrechamente condicionado por la mejora de aspectos socioeconómicos y de tecnología sanitaria.
- Un cambio en los hábitos de frecuenciación de las estructuras de atención de salud por parte de la población, que se traduce en una mayor demanda de atención en los centros de atención primaria y en los hospitales, ya sea en los servicios de urgencias, ya sea en las consultas externas.

**TABLA 2. Diferencias generales entre el modelo tradicional y el modelo reformado de atención primaria (referidas a los profesionales de enfermería)**

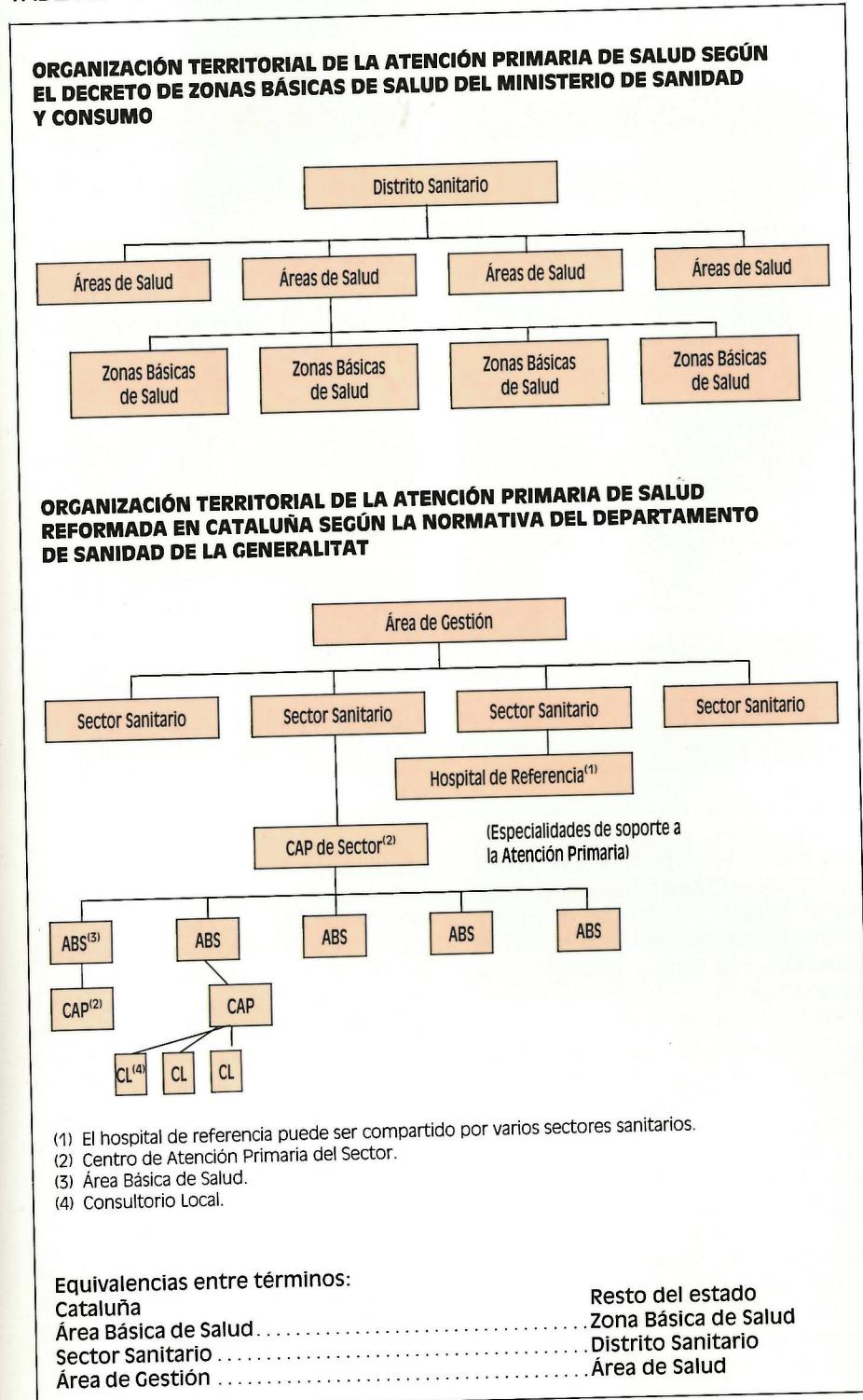
MODELO TRADICIONAL	MODELO REFORMADO
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Colectivo heterogéneo (ATS/DE de zona, Instituciones abiertas, APD, urgencias)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Enfermería de Atención Primaria</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Diferentes retribuciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Retribuciones homogéneas en el equipo</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Tendencia al trabajo individual de Enfermería</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Trabajo en equipo de Enfermería</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Escasa interconexión entre los diferentes profesionales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Trabajo en equipo multidisciplinario</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Papel pasivo de Enfermería (actúa según órdenes)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● La Enfermería se responsabiliza en la atención de la población asignada</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Falta de metodología de trabajo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Condiciones favorables para poder trabajar con metodología (PAE, Historia clínica, etc.)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Trabajo mayoritariamente burocrático o asistencial (inyectables, tratamientos)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Potenciación de la Atención de Enfermería (consulta de enfermería en el centro y a domicilio)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Escasa incidencia de la educación sanitaria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Énfasis en la inclusión de contenidos de educación sanitaria en todas las actividades.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Escasa incidencia de la investigación, docencia y administración</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Inclusión de la investigación, docencia y administración en el trabajo de Enfermería</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Inexistencia de una política institucional de formación continuada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Política institucional de formación continuada</li> </ul>

- Un importante déficit de camas hospitalarias para enfermos crónicos y terminales.
- Un replanteamiento en las estrategias de atención de los enfermos crónicos institucionalizados.
- Las dificultades que impone el estilo de vida de nuestros días al hecho de

cuidar una persona incapacitada en el ambiente familiar (trabajo de ambos cónyuges, problemas de espacio en las viviendas, segregación de los núcleos familiares, etc.).

● La poca adecuación de la red tradicional de atención primaria a las necesidades de la población que ha de per-

**TABLA 3. El marco territorial de la atención primaria**



**La educación en el autocuidado, "self care", es un concepto estrechamente relacionado con algunas de las teorías de enfermería**

pere y potencie sus funciones en el cuidado de la salud de la comunidad (v. tabla 2).

- Y en último lugar, los cambios organizativos/territoriales consecuencia del proceso de reforma de la atención primaria, que en la práctica se traducen en la configuración de las áreas básicas de salud [6] y los sectores sanitarios [7], estructuras que facilitan la interconexión entre los niveles asistenciales (v. tabla 3).

Después de haber pasado revista a los elementos más importantes en un planteamiento global sobre la atención domiciliaria, y aun teniendo en cuenta el riesgo que supone definir de una manera sucinta una actividad de la índole de la atención domiciliaria, podríamos intentar acercarnos a una definición de la atención domiciliaria, entendida como una de las diferentes estrategias de intervención en el primer nivel de atención de salud, con los siguientes términos:

«La atención domiciliaria es el conjunto de actividades que surgen en el contexto de una planificación previa, desarrolladas por los profesionales que integran el equipo multidisciplinario de atención de salud, y que tienen como objetivo común:

Proporcionar atención de salud, mediante actividades que incluyen contenidos de promoción, protección, curación y rehabilitación, dentro de un marco de plena corresponsabilización del usuario y/o su familia con los profesionales de salud, en el domicilio de aquellas personas, quienes debido a su estado de salud o a otros criterios previamente establecidos por el equipo, no pueden desplazarse al centro de atención primaria.»

A continuación iremos analizando brevemente los elementos claves en la anterior definición de atención domiciliaria:

manecer en sus domicilios debido a su imposibilidad de acudir a los centros de salud.

- La redefinición de la atención primaria de salud, que queda configurada como el primer nivel de acceso de los usuarios a las estructuras de atención de salud, así como la redefinición de

roles entre los profesionales del equipo de atención primaria, y la inclusión de los profesionales del trabajo social en el equipo.

- Dentro de este contexto de redefinición de roles entre los profesionales del equipo se dan las condiciones para que el colectivo de enfermería recu-

## Atención domiciliaria

El hecho de hablar de atención domiciliaria tiene un doble significado. Por un lado, nos estamos refiriendo a un proceso con un carácter de continuidad, y no sólo a una actividad puntual o episódica. Y, por otra parte, al hablar de atención estamos diferenciando este proceso que aborda al usuario en su triple vertiente de ser biológico, psicológico y social, de las actividades encaminadas exclusivamente hacia la asistencia, las cuales de una manera mayoritaria se centran en la resolución de problemas parciales y puntuales, bajo una óptica centrada casi exclusivamente en algunos de los aspectos biológicos de la persona.

De una manera resumida podríamos hablar de la diferenciación de dos términos antagónicos, la asistencia y la atención, los cuales tienen un sujeto de actuación idéntico, el usuario, aunque difieren en el alcance de sus objetivos (tabla 4).

## Planificación previa

Una de las características definitorias de la atención domiciliaria consiste en que este tipo de actividad surge en el contexto de un proceso de planificación de la atención de salud, realizado con la participación de los diferentes profesionales implicados, adaptado y basado en las necesidades de salud. Éstas van a determinar los objetivos del plan de atención de los usuarios, hecho que diferencia la atención domiciliaria de la asistencia en los domicilios, ya que esta última actividad se caracteriza por tener un carácter más puntual, orientado hacia la resolución de problemas concretos y, habitualmente, efectuada a demanda de los usuarios.

El hecho de que hablamos de planificación previa no quiere decir que en la atención domiciliaria no surjan demandas espontáneas de atención, hecho íntimamente ligado al carácter dinámico de la salud, y al que se debe asegurar respuesta en una estrategia de atención domiciliaria.

## Equipo multidisciplinario

La atención domiciliaria surge del trabajo conjunto de un equipo multidisciplinario de profesionales, médicos, profesionales de enfermería, trabajadores sociales y otros profesionales de soporte.

TABLA 4. Diferencias generales entre la asistencia a domicilio y la atención domiciliaria

ASISTENCIA DOMICILIARIA	ATENCIÓN DOMICILIARIA
• Actividad a demanda	• Actividad programada
• Trabajo individual	• Trabajo en equipo
• Abordaje del enfermo con una visión parcializadora de la persona	• Abordaje del enfermo con una visión integral de la persona
• «Resuelve» exclusivamente problemas puntuales	• Intenta la resolución de situaciones globales
• Orientada a la «curación»	• Incluye la promoción, protección, curación, rehabilitación y reinserción
• Ignora el autocuidado	• Potencia el autocuidado
• Escasa participación de la familia y el usuario	• Importante papel del usuario y de la familia

Cada uno de estos profesionales aporta el punto de vista de su disciplina en la definición del plan de atención al usuario, responsabilizándose de los objetivos y las actividades que tengan encomendadas, correspondiendo al equipo la evaluación global del trabajo realizado.

Una dinámica de trabajo en equipo multidisciplinario es imprescindible en cualquier planteamiento referido a la atención de salud que pretenda el abordaje de la persona en su triple vertiente de ser biológico, psicológico y social.

La presencia de los profesionales del trabajo social en el equipo, uno de los elementos diferenciadores del nuevo modelo de atención primaria, garantiza que la atención al usuario y el trabajo del resto de profesionales del equipo, incorpore contenidos de tipo psicosocial, a la vez que facilita la interrelación del equipo de atención primaria con las estructuras de servicios sociales.

## Promoción, protección, curación y rehabilitación

A diferencia de la asistencia domiciliaria que se centra casi exclusivamente en

contenidos curativos, la atención domiciliaria incluye, además de estos contenidos asistenciales curativos, otros orientados hacia la promoción de la salud, protección del usuario ante riesgos específicos derivados de su estado de salud, y contenidos referidos a la rehabilitación y la reinserción del mismo en su entorno habitual. De hecho, atender al enfermo en su domicilio es ya una manera de no desinsertarlo de su medio.

Aunque pueda parecer una paradoja, ante un usuario con un estado de salud deteriorado o con serias limitaciones en el mismo, además de los contenidos asistenciales se deben y, por supuesto, se pueden plantear actividades con contenidos de promoción, protección y rehabilitación.

## Corresponsabilización del usuario y/o familia con el equipo en la atención al usuario

La atención domiciliaria como actividad a desarrollar desde el ámbito de la atención primaria, nos obliga a no perder de

vista que ésta se debe plantear con el objetivo de mantener un adecuado nivel de salud que permita al usuario vivir en las mejores condiciones posibles de acuerdo a las características del proceso que le afecta. Para ello, los profesionales de la salud deben orientar sus actividades hacia la consecución del mayor grado de independencia del usuario y de su familia.

Evidentemente, es muy difícil que se consiga una independencia del usuario y su familia si su papel se ve relegado al de espectadores pasivos ante el trabajo de los profesionales de la salud. Esto hace del todo imprescindible que se plantea la atención en un contexto de mutua corresponsabilización entre el usuario y su familia y los profesionales del equipo en el cuidado del mismo, favoreciendo de esta manera una mayor independencia del usuario dentro de un contexto de mantenimiento o mejora de su calidad de vida.

La educación en el autocuidado, «self-care», es un concepto muy estrechamente relacionado con algunas de las teorías de enfermería. Por ejemplo, Dorothy E. Orem en su teoría de enfermería [1], se refiere a los autocuidados como acciones que permiten mantener la vida y la salud, cuyo conocimiento no es innato, y hace una clasificación de los mismos según su trascendencia y alcance.

## Domicilio del usuario

Tal como estableció en su día la conferencia de Alma-Ata sobre atención primaria de salud:

«la atención primaria... representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de atención sanitaria» [8].

El hecho de proporcionar atención a los usuarios en su domicilio representa múltiples ventajas ante la perspectiva de su institucionalización. Entre estas ventajas, podemos destacar:

- Mantener al usuario en su medio más cercano y habitual, el medio familiar.
- Se facilita la inclusión de actividades orientadas a favorecer la independencia del usuario y su familia.
- Favorecer la reinserción y la rehabilitación del usuario en su medio.



## Estado de salud u otros criterios de salud previamente establecidos

Los criterios de inclusión definen las condiciones necesarias para que un usuario pueda ser atendido correctamente en su domicilio desde las estructuras de atención primaria de salud.

Más adelante se comentarán y analizarán los criterios de inclusión de un usuario en un programa de atención domiciliaria.

Los criterios de inclusión son unos elementos imprescindibles para garantizar la viabilidad de la atención domiciliaria como estrategia de intervención, así como una adecuada calidad de vida del usuario, ya que no todos los usuarios pueden ser atendidos en su domicilio, ya sea por su estado de salud, ya sea por las características del entorno familiar o del equipo de atención de salud.

### BIBLIOGRAFIA

- [1] ROSETTE POLETTI. Cuidados de enfermería, tendencias y conceptos actuales, Ediciones ROL, S.A., Barcelona, 1980.
- [2] M.ª TRINIDAD PÉREZ MARTÍNEZ, MIGUEL ÁNGEL GARCÍA MENCÍA, LIDIA RODRÍGUEZ ÁLVAREZ: Perspectivas de la enfermería en la asistencia hospitalaria, Hospital Provincial de Madrid, Servicio de Hospitalización a Domicilio, Madrid, noviembre de 1982 (Documento ciclostilado).
- [3] ROSALÍA PEDRENY ORIOL, M.ª TERESA ICART ISERN, CARMEN CAJA LÓPEZ, JULIA MAIQUEZ AZCÁARRAGA, BÁRBARA ANGUERA, NÚRIA FABRELLES PEDRÉS: Características del Servicio de visitas domiciliarias, Revista ROL de Enfermería, números 96-97, 98, Ediciones ROL, Barcelona, 1986.
- [4] JOAN ENRIC TORRA I BOU: Atención domiciliaria CAP Cantera, Revista ROL de enfermería, número 113, Ediciones ROL, Barcelona, 1988.
- [5, 6, 7] 84/85 Decreto sobre medidas para la reforma de la atención primaria de salud en Cataluña. Diari Oficial Generalitat de Catalunya, número 527, 10/IV/1985.
- Real Decreto 137/1984 sobre estructuras básicas de salud. Boletín Oficial del Estado número 27, 1/11/1984.
- [8] Atención primaria de salud, Informe de la conferencia sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1978.
- [9] H. VUORY. Atención primaria de salud en Europa: problemas y soluciones. Revista ROL de Enfermería, número 110, Barcelona, 1987.

N. de la R. Este artículo se completará con otros dos que aparecerán próximamente.