

Continuidad de cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales. Informe SESPAS 2012

Dolores Corrales-Nevado^{a,*}, Alberto Alonso-Babarro^b y María Ángeles Rodríguez-Lozano^c

^a Centro de Salud Plaza de Argel, Cáceres, España

^b Unidad de Cuidados Paliativos, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

^c Centro de Salud Manuel Encinas, Cáceres, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 25 de marzo de 2011

Aceptado el 30 de septiembre de 2011

On-line el 13 de febrero de 2012

Palabras clave:

Continuidad asistencial

Atención primaria

Coordinación de servicios

Keywords:

Continuity of care

Primary care

Service coordination

R E S U M E N

La continuidad asistencial es básica para afrontar las múltiples necesidades de los enfermos crónicos y al final de la vida. Para conseguirla, debemos superar las barreras organizativas de los distintos niveles asistenciales, estableciendo mecanismos de coordinación adecuados. La preocupación por encontrar soluciones efectivas a los problemas que amenazan la continuidad asistencial es creciente, y favorece la constante aparición de estrategias profesionales e institucionales destinadas a mejorarla. En este trabajo se describen algunas de las propuestas destinadas a mejorar la coordinación asistencial en el contexto de la atención primaria, desde el punto de vista de la enfermería, el trabajo social y los cuidados paliativos. Se insiste en aumentar el número y la calidad de las visitas domiciliarias, debido al incremento de pacientes crónicos con multimorbilidad y con necesidades complejas. La efectividad de la atención domiciliar depende de la regularidad con que el paciente es seguido y de la estabilidad de los programas asistenciales, más que del servicio que se ocupe del seguimiento del paciente o del profesional encargado de las visitas domiciliarias.

© 2011 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Continuity of care, innovation and redefinition of professional roles in the healthcare of chronically and terminally ill patients. SESPAS report 2012

A B S T R A C T

Continuity of care is essential to address the multiple needs of the chronically and terminally ill. To achieve this aim, the organizational barriers of the different levels of care must be overcome by establishing appropriate coordination mechanisms. Interest in finding effective solutions to the problems that threaten continuity of care is increasing, favoring the continued development of professional and institutional strategies to improve coordination. The present article explores some of the proposals to improve the coordination of care in primary care settings, from the point of view of nursing, social work and palliative care. Due to the increase in patients with chronic and complex needs and multimorbidity, the number and quality of home visits should be increased. The effectiveness of home care depends on the regularity of follow-up and the stability of the healthcare programs, rather than on the service responsible for monitoring the patient or the professional responsible for home visits.

© 2011 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La continuidad asistencial es una característica primordial de la atención primaria intrínsecamente relacionada con la satisfacción de los pacientes y con su calidad de vida. Se asocia a menos medicalización, menos intervencionismo y menos hospitalizaciones¹.

Conseguir un seguimiento apropiado de los pacientes y dar respuesta a los complejos problemas de salud de la población en un contexto social cambiante es un desafío que pone a prueba la capacidad de adaptación de la atención primaria y de los distintos profesionales que la integran. Se trata de satisfacer las necesidades sociosanitarias y las expectativas de una población mejor

informada y más autónoma, pero también especialmente vulnerable por numerosas razones: medicalización de la vida, enfermedades crónicas, comorbilidad, envejecimiento, enfermedades mentales, dependencia, tránsitos frecuentes entre atención primaria y atención hospitalaria, y agotamiento del entorno sociofamiliar². En este escenario asistencialmente tan complejo afloran con mayor acritud las deficiencias que entorpecen los atributos de la continuidad asistencial, se reclama insistentemente mayor coordinación y cobran especial relieve las iniciativas que pretenden evitar la fragmentación que se produce en la prestación de los servicios, aplicando medidas organizativas y de integración de servicios sanitarios y prestaciones sociales³.

La atención domiciliar es irremplazable si quiere garantizarse la continuidad en el proceso de cuidados y dar respuesta a las múltiples necesidades sociosanitarias que presentan los pacientes. De hecho, hasta el 85% de los pacientes crónicos en su domicilio tienen una esperanza de vida superior a 6 meses, y los procesos que

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: dolores.corrales@ses.juntaextremadura.net
(D. Corrales-Nevado).

Ideas clave

- Los profesionales de enfermería deben corresponsabilizarse del continuo asistencial de su población, asumiendo más competencias clínicas y más avanzadas.
- La implicación activa de los médicos de atención primaria en la atención a los pacientes al final de la vida aumenta el porcentaje de enfermos que mueren en su domicilio.
- Debemos crear indicadores de evaluación de fácil manejo que permitan medir el buen funcionamiento de la coordinación, y sobre todo los resultados globales.
- La gestión compartida de casos se plantea como la metodología que articula el abordaje conjunto e integral sociosanitario.

padecen son principalmente enfermedades crónicas e incurables, que afectan profundamente a su salud y su capacidad funcional⁴. A pesar de su importancia, sigue siendo notoria la falta de información en relación con aspectos básicos de la atención domiciliaria, como la financiación, la organización y la prestación de los servicios, o sobre su calidad e integración, como se pone de manifiesto en una reciente revisión sobre servicios domiciliarios en Europa⁵.

Actualmente el interés por la continuidad asistencial se está revitalizando, por una parte debido a la redefinición de los papeles profesionales y, por otra, por el previsible impacto global de las enfermedades crónicas junto a las iniciativas de gestión de la enfermedad y de gestión de casos^{6,7}. Términos como *chronic care model*, *share care nurse home* o *specialist liaison nurse* designan propuestas de mejora de la atención mediante la búsqueda de soluciones destinadas a evitar la fragmentación de los cuidados, principalmente en situaciones de cambio de nivel asistencial^{8,9}. La realización de estas iniciativas debe ser cuidadosamente estudiada, ya que en general proceden de países con sistemas sanitarios muy fragmentados y difícilmente son adaptables a nuestro sistema sanitario.

En este trabajo describiremos algunas de las propuestas destinadas al fortalecimiento de la continuidad asistencial en el contexto de la atención primaria, desde la perspectiva de la enfermería, del trabajo social y de los cuidados paliativos.

Optimización de recursos en atención primaria: a propósito del papel de enfermería

Se han propuesto distintas alternativas para mejorar la calidad y la continuidad de los cuidados de enfermería (tabla 1). Unas se inclinan por potenciar la capacidad de los profesionales de enfermería para resolver problemas de salud cada vez más complejos; serían las reformas procontenido, y se han concretado en las iniciativas denominadas de enfermería de elevada capacitación. Los resultados comunicados muestran que la calidad de la atención puede ser equivalente a la prestada por médicos en algunas áreas de la atención primaria, y con menor coste¹⁰⁻¹². Otras alternativas muy proclives a la innovación son las denominadas reformas procoordinación, algunas de las cuales se describen en la tabla 1. La intención de unas reformas y otras, de unas figuras de enfermería y de otras, es mejorar la coordinación asistencial en la provisión de cuidados a enfermos complejos y ancianos con tránsitos frecuentes al hospital. Éste es el tipo de pacientes que se relaciona más frecuentemente con deficiencias asistenciales (morbimortalidad evitable, hospitalizaciones evitables), con problemas de seguridad (efectos adversos por medicamentos, encarnizamiento terapéutico) y con un incremento

de los costes. Estas propuestas destacan, además, el valor de los cuidados domiciliarios en la continuidad asistencial^{13,14}.

En España han tenido buena acogida las innovaciones relacionadas con la gestión de enfermedades y la gestión de casos, a la vista de su implantación en algunas comunidades autónomas¹⁵.

Las publicaciones que muestran los resultados de la actividad de estas figuras nuevas de enfermería, y de estas nuevas estrategias asistenciales, suelen proceder de estudios observacionales o de comparaciones semiexperimentales, no de ensayos clínicos ni de comparaciones entre grupos equivalentes, por lo que sus hallazgos hay que aceptarlos con cautela por los diferentes errores que pueden contener. Algunos comunican mejoras en la coordinación y el seguimiento de los pacientes, por ejemplo tras la aplicación de intervenciones preventivas con enfermeras de enlace a pacientes que han sufrido un infarto, pero no se obtienen mejoras en los resultados de salud en cuanto al abandono del hábito tabáquico, pérdida de peso, disminución de la presión arterial o del colesterol. Otros trabajos refieren mejoras en los resultados intermedios (en las cifras de presión arterial, en el control glucémico o en la mejora de síntomas depresivos), pero escasean los datos sobre evolución comparativa a largo plazo en términos de supervivencia o reingresos hospitalarios¹⁶.

La profesión de enfermería en atención primaria no está exenta de la competencia que impone el determinismo tecnológico y la parcelación de la enfermedad y de los pacientes por razones de edad o de patología, de manera que han proliferado otras profesiones y otras opciones asistenciales que ocupan progresivamente espacios profesionales tangenciales a la enfermería. La gama de servicios clinicoasistenciales de la enfermería de atención primaria podría ser muy amplia, pero su agenda en el ámbito de los cuidados domiciliarios sigue ligada a la demanda, siendo la atención a pacientes con úlceras por presión el problema de salud que más visitas de enfermería genera¹⁷. Para dar un vuelco a esta situación, para satisfacer las demandas ciudadanas de cuidados, se precisa una enfermería que sea altamente profesionalizada, polivalente y comprometida¹⁸.

Si los mejores cuidados son los que se prestan por personal competente, en el menor plazo de tiempo posible y lo más cerca posible del domicilio del paciente, creemos que la enfermería de atención primaria puede proporcionarlos si cuenta con liderazgo profesional y con apoyo político-gerencial para efectuar algunos cambios. Para empezar, es esencial disponer de población formalmente asignada, lo que favorece la longitudinalidad, la permanencia en el cupo y el manejo de agendas¹⁸. Finalmente, la continuidad de cuidados se favorece cuando es el mismo profesional el que efectúa, coordina y decide el plan a realizar. Es más rápido, eficaz y seguro para el paciente, y más coste-efectivo para el conjunto del sistema sanitario. Para eso se necesita que enfermería disponga de herramientas y de atribuciones suficientes para poner en la cabecera del enfermo lo que pueda necesitar, desde un medicamento (prescripción enfermera) hasta una ayuda ortoprotésica (cama articulada, superficies especiales para el manejo de la presión) o una ayuda sociosanitaria.

Algunas de las innovaciones aludidas pueden verse como una oportunidad laboral y profesional para la enfermería (o para otras profesiones), o como una oportunidad para los políticos y gestores que, preocupados por los costes y la descoordinación asistencial, necesitan acciones inmediatas. Sin embargo, lo aconsejable es analizar con cautela los resultados de estos proyectos antes de generalizar su implantación, así como optimizar los recursos profesionales ya existentes y la propia estructura del conjunto de la atención primaria, para establecer una reforma que facilite verdaderamente la coordinación entre niveles asistenciales.

Tabla 1
Modelos organizativos de atención para mejorar la continuidad y la coordinación de los cuidados

Modelos de atención	Atención domiciliaria (atención primaria)	Chronic care model	Enfermería de práctica avanzada	Gestión de casos (enfermera de enlace)
Procedencia/implantación	Reino Unido, Países nórdicos, España (países con atención primaria consolidada)	Estados Unidos, Europa	Estados Unidos, Canadá, Australia, Reino Unido, Suecia, Francia	Estados Unidos, Canadá, Países Bajos, Reino Unido, España (Andalucía, Cataluña y otras comunidades autónomas)
Propósito	Provisión continua de atención sanitaria directa en el domicilio de los pacientes (procesos crónicos, reagudización de problemas, problemas agudos)	Mejorar la calidad de la atención a los pacientes crónicos y corregir problemas de coordinación	Ampliar las competencias clinicoasistenciales de enfermería	Mejorar la calidad de los cuidados domiciliarios garantizando la continuidad y la coordinación con los distintos niveles socioasistenciales
Niveles de atención	Atención primaria	Atención primaria	Atención primaria Atención hospitalaria	Atención primaria
Recursos	Utilización de los existentes	Optimización de los existentes	Creación de nuevas figuras profesionales	Creación de nuevas figuras profesionales
Profesionales	Enfermeras Médicos Trabajadores sociales	Enfermeras Médicos Trabajadores sociales	Enfermeras	Enfermeras
Principales mejoras	Integración en la cartera de servicios de atención primaria Valoración integral del paciente domiciliario Reparto de tareas y responsabilidades Movilización de recursos sociales Utilización de registros clínicos Fomento de la autorresponsabilidad del paciente y la familia en relación con sus cuidados Seguimiento continuo de los problemas de los pacientes en su domicilio	Fomento de la autoayuda paciente/familia Utilización de guías clínicas Reparto de tareas y responsabilidades Sistemas de información electrónica Cambios organizativos (incentivos) Movilización de recursos sociales Seguimiento y evaluación permanente de las actividades realizadas	Legislación específica para la enfermera de práctica avanzada Punto de entrada al sistema sanitario Adquisición de competencias clínicas avanzadas (derecho a diagnosticar, autoridad para prescribir medicación y tratamientos) Desarrollo de trabajo autónomo (gestión de casos, derivación a otros profesionales, ingresos hospitalarios) Capacidad para proporcionar servicios de consulta a otros profesionales Seguimiento continuo de los distintos problemas de salud (agudos y crónicos) de los pacientes en el ámbito familiar y de la comunidad Aumento de la longitudinalidad y la continuidad de la atención Resultados similares a los obtenidos por los médicos en algunas áreas de la atención sanitaria y a menor coste	Desarrollo de protocolos y guías de práctica clínica y planes de cuidados Valoración integral de las necesidades de los pacientes domiciliarios Elaboración de planes de intervención Evaluación periódica de los planes de intervención Utilización de registros clínicos Movilización de recursos sociales Valoración y atención de las necesidades de los cuidadores familiares Fomento de redes de autoayuda para los cuidadores familiares Actividades de formación dirigida a los equipos de atención primaria
Inconvenientes	Problemas de coordinación entre atención primaria, hospitalaria y servicios sociales Desigual desarrollo de la actividad domiciliaria por parte de los profesionales de atención primaria Dilución de responsabilidades Débil fundamentación científica	Débil fundamentación científica Limitación de la atención a determinadas enfermedades Fragmentación del paciente	Escasa implantación y evaluación de la enfermera de práctica avanzada en la mayoría de los países Insuficiente fundamentación científica	Escasa implantación y evaluación del modelo Limitación de la atención a determinados pacientes Los profesionales que deciden y elaboran los planes de intervención no son los que los ejecutan Dilución de responsabilidades Débil fundamentación científica

La atención al final de la vida: coordinación asistencial o deterioro de la calidad en la prestación de servicios

En los últimos años hemos asistido a una progresiva toma de conciencia en el medio sanitario sobre la importancia de la atención de los pacientes al final de la vida. Los principios de atención en

cuidados paliativos encajan dentro de los elementos conceptuales de la atención primaria, tanto por su accesibilidad y conocimiento biográfico y clínico del paciente, como por la perspectiva integral de la asistencia que implica la atención a los diversos aspectos de esta última etapa. Sin embargo, hay una pérdida progresiva del protagonismo en la asunción de cuidados del enfermo al final de la vida

por parte de los médicos de familia. Las principales razones que pueden explicar esta pérdida de protagonismo son la dependencia progresiva del paciente de los servicios hospitalarios, las dificultades de coordinación entre niveles asistenciales, los problemas de organización y la ausencia de formación específica^{19,20}.

Los organismos internacionales han insistido en los últimos años en la necesidad de poner en marcha programas de cuidados paliativos en todos los niveles asistenciales²¹. Se precisan modelos integrados, que permitan la capacitación de todos los niveles asistenciales, faciliten la coordinación para la atención a pacientes al final de la vida y actúen de acuerdo con la complejidad de cada caso. El problema estriba en el modelo específico a adoptar. Dada la preferencia clara de los pacientes por permanecer en su domicilio, parece claro que estos programas deben estar basados en la atención primaria. Varios estudios demuestran que los programas basados en atención primaria son mejor acogidos por pacientes, cuidadores y médicos de familia²².

En los países desarrollados, el porcentaje de fallecimientos en los hospitales es superior al 50%²³. La mediana de días de hospitalización en los últimos meses de vida es un parámetro en constante crecimiento en las últimas décadas. En los pacientes oncológicos, esta cifra llega a ser de 20 días, representando alrededor de un tercio del periodo final de la vida²⁴. El constante incremento de las muertes en el hospital y de los días de hospitalización al final de la vida puede llegar a colapsar los sistemas sanitarios, sin que por otra parte represente ninguna mejoría en la calidad de vida del paciente²⁵. De ahí la urgencia en el desarrollo de programas de cuidados paliativos.

Se precisan todavía más trabajos bien diseñados para demostrar la efectividad de los programas de cuidados paliativos^{26,27}. En la evaluación de estos programas se han utilizado distintas herramientas e indicadores, como el porcentaje de pacientes fallecidos en su domicilio. A pesar de sus limitaciones, es un indicador adecuado para evaluar la repercusión de la puesta en marcha de estos programas, para comparar diferentes tipos de asistencia al final de la vida o para valorar el ahorro conseguido con programas de apoyo domiciliario^{26,27}. La implicación activa de los médicos de atención primaria en la atención a los pacientes al final de la vida aumenta el porcentaje de enfermos que mueren en su domicilio^{28,29}. En la medida en que aumentan las visitas domiciliarias realizadas por los médicos de familia se incrementa el porcentaje de fallecimientos en el domicilio. Además, este efecto es aditivo al conseguido por los equipos domiciliarios específicos de cuidados paliativos^{28,29}.

La función fundamental de los equipos de soporte es contribuir a mejorar la asistencia a los pacientes al final de la vida, consiguiendo una mayor capacitación de los equipos de atención primaria y facilitando su coordinación con otros niveles para asegurar la continuidad de los cuidados. Estos programas deben contar con un sistema de evaluación y actuar sólo bajo demanda del médico de familia correspondiente^{19,30}. En conclusión, los equipos de soporte no deben suplantar la actividad del médico de familia sino realizar atención compartida en los pacientes más complejos.

La implantación de los programas de cuidados paliativos en nuestro país muestra grandes desigualdades, tanto en lo que se refiere a la existencia de equipos específicos como en lo relativo al tipo de funcionamiento de dichos recursos. Sería importante que el desarrollo de la Estrategia de Cuidados Paliativos del Ministerio de Sanidad contribuyera a homogeneizar ambos temas. En la Estrategia queda claro que la atención a los pacientes al final de la vida debe pivotar sobre la atención primaria³¹. No debe olvidarse que estos pacientes requieren una gran cantidad de asistencia y numerosas actividades de coordinación²⁹. La labor de los equipos de soporte debe ser fomentar y compartir esas visitas domiciliarias y facilitar la coordinación. Otras formas de actuación (hospitalización domiciliaria, equipos específicos que actúen sin contar

con atención primaria) serán menos coste-efectivas y romperán la continuidad asistencial en la atención a los pacientes al final de la vida.

El desarrollo general de los programas de cuidados paliativos, y específicamente de los equipos de soporte domiciliarios, ha corrido paralelo al interés creciente por el seguimiento de los pacientes con enfermedades crónicas. Los programas de seguimiento domiciliario de pacientes con insuficiencia cardíaca y enfermedades respiratorias crónicas avanzadas disminuyen las tasas de reingreso y mejoran la calidad de vida y los costes de la atención^{32,33}. La validez y la consistencia de dichos trabajos han llevado a incluir la implantación de estos programas como recomendación A en las guías clínicas. La efectividad de estos programas domiciliarios no parece depender del servicio que se encargue del seguimiento del paciente (hospital o atención primaria), ni del profesional responsable de las visitas domiciliarias (médico o enfermera), sino de que el paciente sea seguido regularmente en su domicilio de acuerdo con un programa preestablecido. Está claro que tales programas deberían ser más coste-efectivos (y probablemente tendrían más continuidad en el tiempo) si fueran liderados desde atención primaria. Sin embargo, parece que la atención domiciliaria sigue siendo la gran asignatura pendiente en atención primaria. El número de enfermos crónicos sigue aumentando y, sin embargo, el número de visitas domiciliarias en los centros de salud sigue disminuyendo. En consecuencia, el reto de la atención primaria debe ser tratar de priorizar la atención a estos pacientes.

El trabajo social sanitario en la continuidad asistencial

El trabajo social se incorporó a la atención primaria coincidiendo con el auge de la reforma sanitaria y con la modernización del sistema sanitario. A lo largo de la década de 1980 se publicaron las leyes autonómicas de servicios sociales y se inició la configuración de un Sistema Público de Servicios Sociales. Los trabajadores sociales sanitarios, en su función asistencial, se centraron en la atención psicosocial³⁴ de las necesidades de pacientes-familias y de grupos-comunidades, y en los modelos de intervención, con la intención de consolidar la profesionalización del trabajador social sanitario y de demostrar su efectividad^{35,36}.

En la práctica, las atribuciones relacionadas con los recursos sociales quedaron reducidas a la derivación. Se entendía que el trabajador social sanitario exclusivamente debía orientar hacia los recursos y no participar en la gestión del acceso a ellos ni en su planificación³⁵. Se desarrolló una función "derivante" para el acceso a los recursos sociales que están en otro sistema (educación, vivienda, asociaciones de enfermos), con la consiguiente dificultad para evidenciar la eficiencia de las intervenciones. Se trata de una derivación activa, con amplia información sobre lo que el recurso podría esperarse, con contacto previo con los profesionales de los servicios sociales generales o especializados, y con el resumen del problema y una propuesta por escrito a través de informe social.

Los trabajadores sociales sanitarios establecen, en los equipos de atención primaria, formas locales de colaboración y coordinación con los servicios sociales comunitarios; participan en la evolución del sistema sanitario y son observadores activos de los cambios sociales. Dirigen preferentemente su acción hacia los procesos generadores de dependencia (anciano frágil, personas inmovilizadas, enfermos en procesos terminales, personas cuidadoras de las personas dependientes, etc.). La gestión de casos se plantea como la metodología que articula el abordaje conjunto e integral sociosanitario.

Actualmente, la Ley de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia supone un avance en la protección social, pero hay grandes diferencias en la configuración de los servicios

según el territorio, desde la integración plena de la atención a la dependencia en un sistema de servicios sociales en Aragón hasta la desvinculación completa de este servicio respecto de los servicios sociales en Extremadura.

La gestión de casos en la coordinación sociosanitaria es reclamada como una función de los trabajadores sociales sanitarios ubicados en atención primaria, por su histórico papel de enlace entre ambos sistemas y por su búsqueda de respuestas a necesidades sociales emergentes en un contexto de enfermedad, de cronicidad, de deterioro progresivo y de atención en el final de la vida³⁷. Sin embargo, para ganar legitimidad científica en estas tareas, los trabajadores sociales sanitarios deben seguir profundizando y afianzando su profesionalización con la especialización posgrado, e investigando las consecuencias de sus intervenciones, de la coordinación sociosanitaria y de los factores estructurales que condicionan la salud, el bienestar y la desigualdad.

Conclusiones y recomendaciones

Como en otros escenarios asistenciales y como en otras competencias profesionales del Sistema Nacional de Salud, también en las atribuciones asistenciales de enfermería de atención primaria, de los cuidados paliativos y de los trabajadores sociales sanitarios se echan en falta indicadores suficientes para evaluar la actividad y los resultados en salud, así como investigaciones destinadas a probar formas organizativas novedosas.

Se han ensayado varias fórmulas organizativas para articular la coordinación (organizaciones sanitarias integradas, organizaciones sanitarias comunitarias integradas, con distintos acrónimos según los países: OSCI, OSI), y en todas ellas se delegan o comparten tareas de los médicos de familia y de otros profesionales: enfermería, farmacia y cuidados paliativos. Sus valoraciones no muestran diferencias en resultados en salud y sólo la satisfacción de los profesionales implicados parece salir ganando.

Las experiencias de enfermería publicadas muestran mejoras en la coordinación y el seguimiento de los pacientes y en los resultados intermedios, pero escasean los datos sobre la evolución comparativa a largo plazo en términos de supervivencia o reingresos hospitalarios.

La efectividad de los programas de atención a domicilio (cuidados paliativos y patologías crónicas) no parece depender del servicio que se encargue del seguimiento del paciente (hospital o atención primaria), ni del profesional responsable de las visitas domiciliarias (médico o enfermera), sino de que el paciente sea seguido intensamente en el domicilio de acuerdo con un programa preestablecido. En este sentido, los programas sistematizados de visitas domiciliarias preventivas a ancianos disminuyen las tasas de mortalidad, y las tasas de institucionalización, y retrasan el declive funcional³⁸.

La atención domiciliaria no puede seguir siendo la asignatura pendiente en atención primaria. El número de enfermos crónicos (complejos y con necesidades sanitarias y sociales) va a seguir aumentando. En consecuencia, la atención primaria debe priorizar la atención a estos pacientes. Para ello debe disponerse de suficientes recursos sociales y sanitarios, y que éstos sean fácilmente obtenibles cuando se necesiten.

Contribuciones de autoría

Todos los autores han participado en la elección de la estructura, de los contenidos y en la redacción del artículo.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Starfield B. Atención primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson; 2001.
2. Palomo L, Rubio C, Gervas J. La comorbilidad en atención primaria. Gac Sanit. 2006;20 (Supl 1):182-91.
3. Gervas J, Rico A. Innovación en la Unión Europea (UE-15) sobre la coordinación entre atención primaria y especializada. Med Clin. 2006;126:658-61.
4. Vega T, Arrieta E, Lozano JE, et al. Atención sanitaria paliativa y de soporte de los equipos de atención primaria en el domicilio. Gac Sanit. 2011;25:205-10.
5. Genet N, Boerma WGW, Kringos DS, et al. Home care in Europe: a systematic literature review. BMC Health Services Research. 2011;11:207. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/207>
6. Bodenheimer T. Coordinating care a perilous journey through the health care system. New Engl J Med. 2008;358:1064-71.
7. Gervas J. La gestión de casos y de enfermedades, y la mejora de la coordinación de la atención sanitaria en España. Informe SESPAS 2008. Gac Sanit. 2008;22 (Supl 1):163-8.
8. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. The chronic care model. JAMA. 2002;288:1909-14.
9. Smeenk FW, de Witte LP, Nooyen IW, et al. Effects of transmural care on coordination and continuity of care. Patient Educ Couns. 2000;41:73-81.
10. Galao R. Enfermería de práctica avanzada en España. Ahora es el momento. Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v18n4/7090.php>
11. Laurant M, Reeves D, Hermens R, et al. Substitution of doctors by nurses in primary care. The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2005; Issue 2. Art. No.: CD001271. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/cochrane/clsyrev/articles/CD001271/frame.html>
12. Voogdt-Pruis HR, Beusman GH, Gorgels AP, et al. Effectiveness of nurse-delivered cardiovascular risk management in primary care: a randomised trial. British J Gen Practice. 2010;60:40-6.
13. Van der Linden BA, Spreeuwenberg C, Schrijvers AJ. Integration of care in The Netherlands: the development of transmural care since 1994. Health Policy. 2001;55:111-20.
14. Ohman M, Söderberg S. District nursing-sharing an understanding by being present. Experiences of encounters with people with serious chronic illness and their close relatives in their homes. J Clin Nurs. 2004;13:858-66.
15. Manual de la gestión de casos en Andalucía: enfermeras gestoras de casos en atención primaria, Sevilla: Dirección regional de desarrollo e innovación de cuidados, Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2007.
16. Katon WJ, Lin EHB, Von Korff M, et al. Collaborative care for patients with depression and chronic illnesses. N Engl J Med. 2010;363:2611-20.
17. Gené J, Borrás A, Contel JC, et al. Nursing workload predictors in Catalonia (Spain): a home care cohort study. Gac Sanit. 2011;25:308-13.
18. Corrales D, Galindo A, Escobar MA, et al. El debate sobre la organización, las funciones y la eficiencia de la enfermería en atención primaria: a propósito de un estudio cualitativo. Aten Primaria. 2000;25:214-9.
19. Murray SA, Boyd K, Sheikh A, et al. Developing primary palliative care. BMJ. 2004;329:1056-7.
20. Benítez del Rosario MA, Salinas Martín A, Asensio Fraile A, et al. Cuidados paliativos en atención primaria: opinión de los profesionales. Aten Primaria. 1999;23:187-91.
21. Davies E, Higginson IJ, editores. WHO. Informe técnico: hechos sólidos en cuidados paliativos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2004.
22. Wilkinson EK, Salisbury C, Bosanquet N, et al. Patient and carer preference for, and satisfaction with, specialist models of palliative care: a systematic literature review. Palliat Med. 1999;13:197-216.
23. Cohen J, Houttequier D, Onwuteaka-Philipsen B, et al. Which patients with cancer die at home? A study of six European countries using death certificate data. J Clin Oncol. 2010;28:2267-73.
24. Huang J, Boyd C, Tyldesley S, et al. Time spent in hospital in the last six months of life in patients who died of cancer in Ontario. J Clin Oncol. 2002;20:1584-92.
25. Gomes B, Higginson IJ. Where people die (1974-2030): past trends, future projections and implications for care. Palliat Med. 2008;22:33-41.
26. Zimmermann C, Riechelmann R, Krzyzanowska M, et al. Effectiveness of specialized palliative care: a systematic review. JAMA. 2008;299:1698-709.
27. Smeenk FW, van Haastrecht JC, de Witte LP, et al. 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.
28. Aabom B, Kragstrup J, Vondeling H, et al. Does persistent involvement by the GP improve palliative care at home for end-stage cancer patients? Palliat Med. 2006;20:507-12.
29. Alonso-Babarro A, Bruera E, Varela-Cerdeira M, et al. Can this patient be discharged home? Factors associated with at-home death among patients with cancer. J Clin Oncol. 2011;29:1159-67.

30. Rocafort Gil J, Herrera Molina E, Fernández Bermejo F, et al. ¿La existencia de los equipos de soporte de cuidados paliativos disminuye o suplanta la dedicación de los equipos de atención primaria a sus pacientes en situación terminal en sus domicilios? *Aten Primaria.* 2006;38:316-24.
31. Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
32. Phillips CO, Wright SM, Kern DE, et al. Comprehensive discharge planning with postdischarge support for older patients with congestive heart failure: a meta-analysis. *JAMA.* 2004;291:1358-67.
33. Hermiz O, Comino E, Marks G, et al. Randomised controlled trial of home based care of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *BMJ.* 2002;325:938.
34. Rodríguez MA, González E, Guisado A, et al. Organización y funcionamiento de trabajo social sanitario. En: *Atención primaria de salud.* Mérida: Junta de Extremadura, Consejería de Sanidad y Dependencia; 2007.
35. Ituarte A. Trabajo social en salud, Historia, situación actual, perspectivas. *Trabajo Social y Salud.* 1990;6:51-2.
36. Zamanillo T. Modelos de intervención en la realidad social y su aplicación al campo de la salud. *Trabajo Social y Salud.* 1995;20:23-8.
37. Badallo-León E. La coordinación sociosanitaria: ¿mito o realidad? *AGATHOS: Atención Sociosanitaria y Bienestar.* 2008;4:18-25.
38. Stuck AE, Egger M, Hammer A, et al. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis. *JAMA.* 2002;287:1022-8.