

è

Ètica a l'atenció domiciliària



Imatge cedida per Martín Gallego al seu projecte fotogràfic "Dones".



CAMFiC

societat catalana de medicina
familiar i comunitària

“Los paisajes pueden ser engañosos. A veces dan la impresión de que no fueran el escenario en el que transcurre la vida de sus pobladores, sino un telón detrás del cual tienen lugar sus afanes, sus logros y los accidentes que sufren. Para quienes están detrás del telón, junto a los pobladores, los referentes del paisaje ya no son sólo geográficos, sino también biográficos y personales”

John Berger a Un hombre afortunado, 1967

“If I wanted to discover whether a doctor had a vocation for personal care, I should begin by asking what he thought about housecalls”

Fox (1960, p751).

GRUP D'ÈTICA GRUP D'ÈTICA Redactors del document

Isabel Buezo Reina
Laia Riera Armengol

Consultors del document

Miguel Melguizo, metge de família
Sara Yebra, metgessa de família

Membres del grup participants en el debat del document

M. José Fernández de Sanmamed Santos
M Teresa Mateu Gelabert
Aida Molero Arcos
Ramon Morera Castell
Albert Planes Magrinyà
Miquel Reguant Fosas
Gemma Torrell Vallespín
Verónica Vaca Vaquero

Referents del grup d'ètica que han fet aportacions

Carme Batalla
Carme de Castro
Marta Cuní
Eva Pequero
Carme Prieto
Aurora Rovira
Elena Serrano
Francesca Zapater

Gener 2026

Tant els referents com els consultors han fet aportacions a l'esborrany del document, que es tenen en compte, però el contingut final del document és responsabilitat del Grup d'Ètica, que n'és l'autor. La col·lecció Reflexions de la Pràctica Quotidiana vol oferir motius de reflexió als lectors (bàsicament metges i metgesses de família), que els ajudin a millorar el vessant ètic de l'atenció que presten als ciutadans. En cap cas pretén establir normes d'actuació ni definir estratègies perquè els professionals evitin possibles problemes jurídics. En qualsevol cas, els membres del Grup d'Ètica entenen que una pràctica èticament correcta és, dins la incertesa de la nostra professió, una bona eina, no sols per fer-ho millor, sinó també per prevenir problemes jurídics.

Índex

Introducció..... 4

Importància: reflexió, compromís i futur..... 7

Real com la vida mateixa 9

Consideracions ètiques.....11

Dubtes freqüents.....16

Punts clau..... 26

Consells pràctics. 27

Bibliografia 28

Annex 1. Marc legal i deontològic. 31



Introducció

L'atenció domiciliària es pot definir com *"l'atenció professional de cures que es presta al domicili de persones amb necessitats avaluades formalment, que inclouen atenció sanitària, rehabilitadora, d'acompanyament, ajuda tècnica i de suport a les persones cuidadores informals en cas que n'hi hagi"*¹.

L'atenció en el domicili és una part indestriable de l'Atenció Primària, una de les seves funcions nuclears. És per això que, parlar d'atenció domiciliària, és parlar d'Atenció Primària i els atributs que la defineixen.

La longitudinalitat, aquesta relació estable amb les professionals de referència¹, és un dels pilars bàsics que ha demostrat la disminució no tan sols de l'ús dels serveis sanitaris fora d'hores (atenció a serveis d'urgències) i dels ingressos hospitalaris, sinó també, de la mortalitat, especialment en els pacients amb major comorbiditat^{2,3,4}. Poder seguir acompanyant les persones en el moment de major fragilitat, integra la naturalesa personal i humana de l'Atenció Primària, on el professional assumeix la responsabilitat de la cura del pacient i s'evita trencar el contracte implícit de la relació. És la màxima representació de fer-se càrrec de la persona. A més, la longitudinalitat, tal com van demostrar Barbara Starfield i d'altres⁵, és essencial en l'efecte positiu que té en l'equitat, sostenibilitat i qualitat de l'atenció. És a dir, la longitudinalitat es comporta com un veritable factor protector de la salut i esdevé un determinant més comparable a d'altres com l'alimentació o l'activitat física⁵. El coneixement de la biografia de la persona i el seu emmalaltir, la confiança i el respecte que es desenvolupen entre el pacient i el professional al llarg del temps ajuden en la presa de decisions compartides i disminueixen la iatrogènia^{6,7,8}. Aquests fets, alhora, proporcionen satisfacció als professionals i aporten sentit al treball del dia a dia.

Un altre pilar de l'Atenció Primària és l'accessibilitat, i l'atenció domiciliària ha de garantir-la per a les persones que no poden desplaçar-se al centre per tal d'afavorir l'equitat i la distribució de recursos. És important identificar aquelles persones o grups que poden tenir més problemes per accedir al centre com les persones més pobres, les persones migrants, les persones que viuen soles, les persones que no tenen xarxa familiar o social de suport. Ha de contemplar certa flexibilitat per permetre l'atenció proactiva i, sobretot, reactiva per part de la unitat bàsica assistencial que coneix a la persona, i que pugui tenir accés preferent a recursos socio-sanitaris. És fonamental disposar dels mitjans per tal que la persona que no pot sortir de casa pugui consultar quan té un problema de salut, i evitar afegir una barrera tecnològica o digital a la barrera que ja suposa no poder accedir presencialment al centre sanitari. S'ha de reservar un espai de temps al dia per a les persones que precisen atenció domiciliària, i ha de tenir en compte tant el nombre de persones en atenció domiciliària com l'estacionalitat a l'hora de distribuir les tasques, planificant activitats en èpoques de menor demanda aguda segons el centre.

L'atenció domiciliària ha de coordinar-se amb tots professionals o serveis assistencials que atenen a la persona des d'una posició privilegiada: ha d'acompanyar el pacient en el seu procés assistencial, i assegurar-se que s'optimitza la seva atenció, evitant duplicitats i atencions innecessàries o fútils, i assegurant que rep les cures que necessita. Per fer-ho cal una comunicació fluida entre tots els professionals que atenen la persona. La coordinació s'ha d'establir també amb les treballadores del servei d'atenció domiciliària (SAD) perquè són les que passen més estona de la "vida real" amb la persona i el seu entorn afectiu. Aquest contacte proporciona un coneixement més ampli sobre com es viu la situació del que poden obtenir les professionals d'Atenció Primària en visites de temps més limitat.

Allà trobem la persona en el seu entorn, veiem com viu, allò que és important per a ell o per a ella. Ens dona el privilegi de poder apropar-nos més, tant al pacient com a la seva biografia, i ens complementa les seves dimensions afectives, socials, espirituals, ambientals, econòmiques, polítiques i culturals. Ens permet obtenir un coneixement molt més integral de la persona, més enllà de les dades clíniques. *"El domicilio es una oportunidad de conocimiento y es, también, y sobre todo, una aventura"*⁹. *"És el lloc de preferències emocionals i físiques, de records i de confort (OMS)"*¹. "Llar" és la paraula que més s'endinsa en la intimitat del lloc que habitem; de fogar, de "focâris", derivat de focus, allà on està el foc que convida a asseure'ns al seu voltant en família o en grup. La llar és aquell que ens dona escalfor, seguretat, protecció i cura. És important entendre que no tots els domicilis seran llars.

Permet també obtenir informació sobre el rol de la persona dins la seva família, i les seves condicions materials de vida, que també influiran en el seu emmalaltir, en la possibilitat de viure la malaltia a casa i de recuperar-se. No hi ha un lloc d'atenció més propi en qualsevol escenari que el domicili. Però també haurem de tenir en compte les persones que, per la condició que sigui, resideixen en altres domicilis com centres residencials o altres més complexos com les presons o bé al carrer. L'experiència pràctica de visitar cases i barris ens pot proporcionar més comprensió en una sola mirada i cinc minuts d'escoltar que no pas volums de qüestionaris escrits¹⁰. Les fotografies en els domicilis expliquen tota una vida viscuda, per presència o per absència, i altres objectes simbòlics reforcen la identitat i els orígens de la persona. La malaltia i la discapacitat poden canviar els hàbits d'una persona (el seu aspecte, la seva postura, la seva veu...) i la seva interacció amb el món. També modifiquen l'aspecte de la llar, on es van realitzant adaptacions per millorar el benestar dels pacients, esdevenint un recordatori del deteriorament físic del qual, l'equip sanitari, n'és testimoni al llarg de l'evolució de la malaltia. La llar no només és un espai: és memòria, és biografia i és dignitat. Cada llar és una història pròpia que forma part de la identitat narrativa de la persona.

La visita domiciliària, com a part de l'Atenció Primària, té un recorregut històric implícit dins la denominació comuna com a "metge de capçalera"; aquell metge que s'atansa al capçal del llit al servei del pacient, que transmet el llegat del nostre ofici. Aquest paper, que ha estat vigent fins fa pocs anys i que es manté sobretot en zones rurals, està en risc de desaparèixer.

El recolzament familiar i/o de la xarxa social imprescindible per al sosteniment de la vida de les persones fràgils al domicili. Sobre les cuidadores no professionals recau el major gruix d'aquesta cura assumida tradicionalment per la família i principalment per dones, en un context intrageneracional i intergeneracional que roman en gran part invisibilitzat. Per això, les cures formals i informals estan intrínsecament relacionades amb l'Atenció Primària al domicili. Quan l'atenció sanitària domiciliària no dona una resposta adequada o prescindeix de la seva dimensió de cures, augmenta la demanda d'atenció sanitària, que pot arribar a no ser adequada amb intervencions innecessàries i riscos per a la seguretat de la persona. Per altra banda, el coneixement i la coordinació amb l'entorn cuidador ens permetran una atenció alineada amb els valors i preferències del pacient, admissible per a ell i col·laborativa amb l'entorn, convertint-se en un pilar en l'atenció domiciliària¹¹.

Ens trobem amb una gran diversitat de situacions en l'atenció domiciliària¹². Aquesta pot incloure des de persones immobilitzades i alt grau de dependència que requereixen sempre atenció al domicili fins a persones amb necessitats de suport que, de manera puntual, requereixen ser ateses al domicili, com per exemple, després d'un ingrés hospitalari o bé en la convalsència d'una fractura. L'atenció es podrà prestar de manera proactiva amb una valoració coordinada conjuntament pels professionals de referència del pacient, com de manera reactiva davant d'un problema agut o descompensacions clíniques, com l'aparició d'una nafra o bé una exacerbació respiratòria. Aquest escenari exigeix que l'atenció domiciliària es dugui a terme amb un cert grau de flexibilitat i capacitat d'adaptació, per tal de respondre de manera adequada a les necessitats canviants i, sovint, complexos, d'un grup especialment vulnerable de la població.

La visita domiciliària també ens donarà l'oportunitat de poder acompanyar a les persones fins al final de la seva vida, en un entorn on les deliberacions i les intervencions són molt més acceptables i eficaces. Les persones preferentment desitgen poder morir a casa seva o poder romandre el major temps possible en el seu entorn, aquell que els dona seguretat, unió, protecció i cura, envoltats de les persones que són importants per a elles¹³.

Importància: reflexió, compromís i futur dins l'Atenció Primària

L'Atenció Primària ha estat al llarg de les darreres dècades una peça clau del sistema sanitari amb aportacions rellevants en àmbits com la qualitat assistencial, capacitat resolutiva, qualitat de la prescripció farmacèutica, prevenció de malalties, promoció de salut i satisfacció dels pacients⁵. Tanmateix, no podem obviar el deteriorament experimentat en els últims anys, degut principalment a un finançament insuficient i a l'aplicació de dinàmiques gerencialistes dins les organitzacions¹⁴. Sobreviure com a metgesses de família en un entorn mercantilitzat, de pèrdua del generalisme i de colonització de la visió focal amb una perspectiva biologicista, que implica sovint trencar el vincle i renunciar al coneixement acumulat, ens genera patiment, incomoditat i desprofessionalització¹⁵. L'Atenció Primària viu una crisi que ve acompanyada de canvis que generen encara més tensió, especialment en aquells contextos de major vulnerabilitat, com és el cas de les persones ateses al domicili.

Si reflexionem sobre la situació actual de l'atenció domiciliària, ara per ara, és un valor en risc que ha perdut cert protagonisme en la funció nuclear de la medicina de família¹⁶. Hi ha hagut una sèrie de canvis que condicionen un nou escenari per a l'atenció domiciliària. D'una banda, els canvis epidemiològics i socials fan previsible un augment del nombre de persones a qui serà necessari prestar atenció domiciliària. L'allargament de l'esperança de vida¹⁷ comporta també un major nombre d'anys viscuts en situació de discapacitat o dependència. A això s'hi afegeix el nou rol de la cuidadora principal, que sovint compagina la cura amb una activitat laboral, i les transformacions en els models familiars, marcades per la desaparició de les famílies nuclears amb parents propers i de les famílies amb tres generacions convivint. Per altra banda, trobem unes professionals de referència dels pacients, les més ben posicionades per a donar una millor atenció, ofegades dins les seves consultes. Han desviat l'atenció des de la malaltia cap a una recerca sistemàtica de factors de risc en persones sanes¹⁸, donant resposta a la immediatesa i relegant el domicili a un espai residual i fins i tot, en ocasions, entenent-lo més que com una part ineludible de la nostra feina, com una càrrega que no es poden treure de sobre.

Davant d'aquesta situació, alguns sectors del nostre col·lectiu i d'estructures de gestió d'Atenció Primària, per tal d'adaptar-se al repte d'aquesta nova modernitat, i atrets per la fal·lera innovadora en reformes i "models", han volgut enfortir l'atenció domiciliària amb canvis organitzatius i dispositius exclusius d'atenció domiciliària que fragmenten l'atenció a aquestes persones i que deixen fora de rumb el dret al benefici d'un dels atributs més ben coneguts de l'Atenció Primària, la longitudinalitat^{19,20}, i corren el risc de socavar el sistema que volen millorar²¹. De manera inexplicable, algunes direccions han imposat als professionals deixar de veure els seus pacients a domicili per a ser atesos per altres professionals que es dediquen exclusivament a aquest tipus d'atenció.

Les possibles resistències a assumir l'atenció a domicili d'una part dels professionals requereix una resposta dirigida a enfortir la motivació i fonamentar la seva pràctica, més que respostes evitatives que aporten solucions poc adequades.

El que queda clar és que, com a metges i metgesses de família, tenim un compromís amb les persones que atenem que ens vincula tant individual com col·lectivament. Ens fa més propers, més humans i ens motiva, ens dona moral i ens obliga a unes bones pràctiques. L'atenció domiciliària és també una part indestriable de la vocació comunitària de l'atenció primària per les seves professionals de referència, ja que ocupen una posició privilegiada i tenen la competència. Anar a casa dels pacients quan ho necessiten no és una opció, és part de l'atenció pròpia d'una metgessa o una infermera de capçalera.

Al 2016 el grup d'Ètica va presentar un document participatiu sobre "*Les bones pràctiques del metge i la metgessa de família*"²² a partir del "*Compromís com a metge de família*" aprovat el 2005. En aquell moment, el document va sorgir per promoure un hàbit d'avaluació i millora de les actituds i conductes en el dia a dia a les nostres consultes, per esdevenir una mena de far que ens pugui mostrar el camí per esdevenir un bon metge o una bona metgessa de família.

En aquesta línia, el present document vol enfortir i defensar una de les nostres fortaleeses més preuades, el nostre valor professional més intrínsec, l'atenció a la capçalera de la persona. Pretén reflexionar, des dels principis i valors ètics, al voltant de l'atenció al domicili i els conflictes que la repton des del dia a dia, volem que ens pugui ajudar a recuperar el sentit de l'Atenció Primària en el reconeixement del vincle humà i col·lectiu, com un estol que ens guïï per mantenir la permanència simbòlica enmig del canvi constant²³.

Malgrat no ho tenim fàcil, malgrat les tensions, les dificultats i les incerteses, les adversitats, sabem com d'important és aquesta part de la nostra feina, com d'important és defensar el seu valor davant la nostra societat amb la nostra pràctica, perquè el futur de l'Atenció Primària dependrà del valor que aquesta societat ens doni.

Real com la vida mateixa:

Situacions reals, viscudes, que ens fan pensar...

● **"No esperava tenir tots aquells desconeguts a casa seva".**

Marina té 67 anys i té un càncer de pulmó metastatitzat. Ja fa unes setmanes que ha anat fent una davallada de l'estat general, però des de fa 2 dies li costa molt aixecar-se del llit, ha empitjorat el dolor lumbar i ha avisat per tal que la seva metgessa la visités al domicili.

Quan la seva parella obre la porta quasi cau de cul a terra: al replà hi ha almenys 5 persones amb bata, de les quals només coneix la seva metgessa. Li diuen que ha vingut una infermera, una estudiant d'infermeria, un metge resident i la treballadora social.

La Marina es posa nerviosa i intenten que la visita acabi el més ràpid possible.

● **A la Carme li canvien els referents sense preguntar-li.**

La Carme té 91 anys, una malaltia pulmonar obstructiva crònica amb exacerbacions freqüents i una estenosi de canal lumbar severa que l'obliga a desplaçar-se en cadira de rodes. Fa dos anys que la Carme és al programa ATDOM i durant el darrer any s'han fet diverses visites al domicili tant per exacerbacions com per una caiguda, però avui, excepcionalment, havent acompanyada de la seva filla al CAP per a l'extracció d'unstaps de cerumen. La seva infermera i la metgessa de referència fa onze anys que la coneixen. Han viscut el dol del seu net i del seu marit. Han tingut moltes converses, entorn la mort i entorn la vida perquè parlar de la mort és també parlar de la vida. La metgessa no sap com dir-li-ho... fa un mes la direcció de l'equip ha implementat un canvi organitzatiu en l'atenció domiciliària i la Carme passarà a ser atesa per altres professionals.

Finalment, la infermera els explica els canvis a ella i la seva filla:

"Carme, a partir d'ara, ja no serem la seva metgessa i infermera de referència, passarà a un equip d'atenció domiciliària específic, estarà molt ben atesa..."

La Carme mira la seva metgessa que ha romàs en silenci i li pregunta: *"I això, a què es deu, doctora?"*

● **La Blanca l'havia vist cada dia, però no havia vist la seva necessitat fins avui.**

La companya administrativa avisa la Blanca, una metgessa de l'equip, perquè hi ha una persona al banc del parc de davant del centre que requereix ajuda. Ràpidament, s'acosten junt amb la infermera per a valorar-la, reconeix un home que des d'aquest hivern acostuma a veure cada matí pernoctant en aquell banc del parc quan entra a la feina. Mai s'ha acostat per preguntar-li el nom ni quant de temps fa que viu al carrer. El visiten allà mateix, està obnubilat i amarant de suor. A l'exploració física té

febre, està taquicàrdic, taquipneic i té una saturació d'oxigen de 91% a l'auscultació pulmonar presenta crepitants a base dreta. Probablement té una pneumònia i es decideix traslladar-lo en ambulància.

En Pere prefereix assegurar, però potser sense escoltar prou.

En Pere és resident de medicina de família de tercer any al CAP. Avui està de guàrdia de domicili. Quan truca un pacient domiciliari perquè pateix un procés agut o un empitjorament de les seves malalties cròniques li toca anar-hi a ell. L'han avisat perquè una senyora de 92 anys presenta una infecció bronquial. Li troba uns crepitants a les bases, l'envia a urgències perquè la veu «justeta». La cuidadora intenta negociar un seguiment a casa, però en Pere no ho veu clar.

Condemna, drogues, VHC i síndrome tòxic.

L'Antonio de 68 anys compleix condemna en un centre penitenciari des de fa cinc anys. Havia consumit drogues per via parenteral quan era jove i presentava un VHC. Des de fa un any la seva metgessa a la presó li va diagnosticar un hepatocarcinoma arran d'una síndrome tòxica. Ara es troba en situació d'últims dies i té la necessitat d'agradir-li com l'ha acompanyat tots aquets anys. No té família i es traslladarà a un llit d'hospital perquè pugui morir en llibertat.

L'Òscar no pot contactar amb el seu CAP

L'Òscar té 78 anys, va patir un ictus del qual li ha quedat com a seqüela un trastorn de la marxa i viu en un pis amb escales. Ell acut presencialment a la consulta, però a vegades, quan té algun procés agut o es troba més cansat, necessita atenció domiciliària. Aquest matí s'ha llevat amb febre i malestar general, es troba molt fluix. Porta dues hores intentant contactar telefònicament amb el seu CAP per provar de contactar amb la seva metgessa, però no hi ha manera.

En Jofre va evitar el domicili, però el diagnòstic li va arribar igual.

En Jofre és un metge de família al CAP urbà. Un dia li passen una trucada, un pacient seu ha avisat per demanar una visita domiciliària. A en Jofre no li agrada gaire anar als domicilis. El pacient refereix que té tos des de fa uns dies i avui ha començat amb febre. En Jofre gestiona l'atenció telefònicament i orienta com a una infecció respiratòria vírica i pauta tractament simptomàtic. Uns dies més tard, el pacient acut a consulta amb informe d'alta de l'hospital on ha ingressat per una pneumònia.

La Clara dubta si sabrà acompanyar el final de vida.

La Clara és metgessa de família des de fa 5 anys en un CAP urbà. La Cesca és una pacient de 95 anys del seu contingent que presenta una demència tipus alzheimer i que viu amb la seva filla Teresa, la seva principal cuidadora. Ahir li va trucar la seva filla que la Cesca està molt apagada i ha deixat de menjar.

Avui acut a domicili. Està tranquil·la, però a les nits s'agita i està començant amb una respiració dificultosa. La Clara fa temps que no ha acompanyat cap pacient a morir al domicili i li preocupa si sabrà donar el suport necessari.

Consideracions Ètiques

L'ètica cívica exposa que la societat s'organitza per garantir uns drets a través de les institucions. Les institucions que garanteixen el dret a la protecció de la salut tenen el deure de proveir atenció sanitària de qualitat per a totes les persones equitativament, i també de la forma més cost-efectiva possible, atenent al principi ètic de justícia. Cal neutralitzar la **lleï de cures inverses de Tudor Hart**²⁴: les persones que per la seva malaltia o discapacitat tenen dificultats per sortir de casa han de tenir garantit també el seu dret a la protecció de la salut. L'atenció domiciliària sanitària serveix a aquest propòsit (Annex 1).

Desgranant l'eix de principis

Justícia

La justícia és el principi que vertebrava la no discriminació de les persones en la seva vida social. La Constitució espanyola explicita el dret a la protecció de la salut, que s'articula en diferents lleis. Proveir una atenció digna i adient a les necessitats d'aquelles persones que no poden desplaçar-se al centre de salut és, sobretot, una qüestió de justícia. Són persones que acostumen a tenir un grau de fragilitat major i hem de garantir que podem donar resposta a les seves necessitats de la forma més equitativa possible per tal de combatre la llei de cures inverses.

No maleficència

Té relació al respecte a la integritat física i psíquica de les persones. No proporcionar una atenció en el moment i en el lloc que es necessita, és maleficent. Desatendre a les persones que no poden arribar al centre d'Atenció Primària seria una acció maleficent. És important que, arribat el moment d'atendre a la persona al domicili, qui més coneix aquella persona al llarg de la seva vida i a la seva família, la seva infermera i metgessa, siguin les que segueixin acompanyant-la per assegurar la longitudinalitat i minimitzar el risc de iatrogènia. El trencament d'una relació de confiança danya els pacients i s'associa amb una insatisfacció i amb un ús inadequat de recursos²⁵.

Autonomia

Com defineix Diego Gracia, "*l'autonomia és la capacitat de realitzar actes amb coneixement de causa i sense coacció*". El principi d'autonomia és un principi de màxims, que té a veure amb l'ètica privada, de compromís amb un mateix, amb el propi projecte personal. El principi d'autonomia pot entrar en conflicte amb el principi de justícia i de no maleficència. Per exemple, si una persona que no té cap barrera per ser visitada al centre de salut demana ser atesa al domicili, això pot anar en detriment de la justícia doncs s'està privant del recurs a algú que ho necessitaria més. Com a professionals sanitaris hem de respectar la capacitat de decisió de forma lliure i independent de la persona que necessiti a ser atesa al domicili sempre que així ho manifesti i no entri en conflicte amb altres valors essencials. L'elecció de metge que és possible en un centre, també ha de ser possible en l'atenció domiciliària.

Pel que fa als professionals, dotar de més autonomia, capacitat per a gestionar-se, proveir més temps per a l'atenció a les persones al domicili i per coordinar la seva atenció quan necessiti d'altres recursos.

Beneficència

La beneficència té una gran relació amb l'autonomia, ja que allò que és beneficiós, ho és per a mi i en aquella situació concreta. Depèn del propi sistema de valors. És, doncs, també, un principi de màxims. No es pot "fer el bé" a algú contra la seva voluntat, i contràriament, sí que estem obligats a no fer-li el mal (no maleficència). Si coneixem els beneficis en salut de la longitudinalitat, ens hauríem d'organitzar el més fidelment entorn de aquesta. Els beneficis també hi són per a les professionals, que es poden trobar en situació de pèrdua de sentit o desubicació per la crisi de valors del món modern, i precisament el reconeixement del vincle humà i col·lectiu, ens pot ajudar a revalorar el present amb una permanència simbòlica enmig del canvi constant.

Desgranant els valors de les professionals d'Atenció Primària

Lleialtat

“Donant-li informació clara i sincera dels seus problemes de salut, les opcions, riscos i beneficis previsibles i el meu consell, atenent les seves necessitats i creences”. Per tant, la lleialtat serveix per construir la confiança necessària i el coneixement mutu que facilitaran donar suport a la presa de decisions en els moments més delicats.

Dedicació

“Fent de l'atenció a la seva salut el centre del meu interès professional”, “mantenir el seu interès en l'atenció del pacient, prioritzant el seu benefici a l'hora d'organitzar l'activitat assistencial (...) fins i tot flexibilitzant el seu horari d'atenció si ho creu necessari.” En atenció domiciliària implica dedicar el temps i l'esforç a qui ho necessita quan ho necessita, estar atent als pacients crònics o complexos que no consulten, però també necessiten atenció.

Honradesa

“Mantenint els meus coneixements al dia, consultant quan calgui un altre professional de confiança, i evitant que altres interessos personals alterin aquest compromís”. El pacient en atenció domiciliària acostuma a ser un pacient diagnosticat de múltiples malalties cròniques i amb necessitats complexes. Atenent a la honradesa, el professional cal que inverteixi en la seva formació per donar resposta a aquestes necessitats, sigui conscient de les seves limitacions, en faci partícip al pacient, i consulti a companys més experimentats quan calgui.

Equitat

“Tractant tothom amb el mateix interès i fent bon ús dels recursos de què dispenso pel conjunt dels ciutadans”. Aristòtil la definia com “la justícia aplicada al cas concret”, la regulació de la norma atenent a la particularitat del cas concret, dobllegant la seva rigidesa, ja que si s'apliqués de la mateixa forma en tots els casos, la convertiria en injusta”. Per tant, implica detectar necessitats per poder assignar recursos, la qual no ha de tenir relació amb la demanda ni amb els desitjos de les persones ateses. En una situació de fragilitat, quan el pacient necessita atenció domiciliària, s'ha d'assegurar que el pacient pugui rebre l'atenció que necessita.

Equitat

Evitar la "lleï de les cures inverses" per Tudor Hart: que la seva condició de pacient que no pot acudir al centre sanitari no faci que les seves necessitats d'atenció sanitària no quedin cobertes, o pacient que no pot acudir al centre sanitari no faci que les seves necessitats d'atenció sanitària no quedin cobertes, o passi per davant l'atenció a persones amb problemes menys importants pel fet de trobar-se presencialment en el centre d'Atenció Primària. Però també implica que s'han de valorar les necessitats tant a nivell individual com a nivell familiar i a nivell de la comunitat per poder superar allò que és curatiu o preventiu personal i poder impactar per altres determinants de la salut. (també haurem de cobrir les necessitats de la resta de la comunitat que no requereix atenció domiciliària, ser cost efectius).

Prudència

"No actuant sense informació adequada, ni recomanant accions poc provades, d'utilitat o seguretat dubtoses o que aportin més risc que benefici". "La prudència és la virtut de decidir allò que és òptim en cada cas concret. És el valor més associat al principi de no maleficència que ens obliga, primer de tot, a no provocar danys amb la nostra actuació professional". Aquest valor és fonamental en les persones fràgils, en les quals cal, per sobre de tot, evitar la iatrogènia, les derivacions, proves i tractaments inadequats. Deixar-nos portar pel ritme de la persona i incorporar al mateix temps a la família en una dinàmica plàcida.

Proximitat

"Tractant-lo amb calidesa, estimació i cortesia, procurant comprendre les seves emocions i mantenir la serenitat en els moments difícils". "Significa acceptar incondicionalment l'altre sense jutjar-lo, acompanyar-lo en el procés de viure, emmalaltir, envellir i morir, entenent que acompanyar i oferir consol és una de les tasques més importants del metge de família. La proximitat és tractar el pacient en les seves circumstàncies de vida, en el seu context, amb la seva família i les seves preocupacions". El domicili ens acostarà i ens facilitarà tenir una visió biopsicosocial el més completa possible, de les seves creences i valors tant del pacient com de la seva família. Quina imatge pot mostrar més proximitat que la del professional a la capçalera del pacient?

Respecte

“Respectant la seva dignitat, el seu dret a decidir la seva intimitat i la confidencialitat guardant secret de la informació que conec de la seva persona”. “El respecte a la dignitat del pacient, a la intimitat física i emocional, a què tot allò que se’n deriva de la relació assistencial sigui subjecte de secret, a la seva autonomia en la presa de decisions sobre la seva salut i la seva vida, són aspectes fonamentals per construir una relació de confiança. No discriminar, no prejutjar, conèixer i respectar el seu valor per incorporar-los a la presa de decisions, no abandonar, evitar que persones alienes a l’acte assistencial hi siguin presents sense consentiment... són conductes que un bon metge de família ha d’aprendre i esforçar-se a practicar.”

Entrar al domicili és travessar la línia de la privacitat, entesa com un espai relacional compartit i es donen les condicions més adients per poder accedir a esferes de la intimitat personal que és pròpia i intransferible. El respecte envers la privadesa i la intimitat en aquest espai és fonamental per seguir construint la relació.

Les institucions, els càrrecs directius han de preservar aquests valors per tal de facilitar la millor atenció a les persones i als professionals²⁶.

Dubtes Freqüents

Quins conflictes pot trobar la metgessa de família (o la professional d'Atenció Primària) a l'atenció domiciliària?

Quan el sistema ofega a les professionals i això afecta l'accessibilitat de les persones que requereixen atenció domiciliària.

El temps disponible en el dia a dia és limitat. La visita domiciliària implicarà un temps superior sols pel fet de requerir un desplaçament per part del professional. Per una qüestió d'equitat i justícia no es pot prioritzar les persones que poden venir a la consulta per sobre de les que esperen la visita al domicili: la prioritització haurà de ser en funció de les necessitats d'atenció que tenen. L'atenció domiciliària arriba a una part important de pacients ocults, pacients oblidats pel sistema sanitari. S'ha de reservar un espai de temps del dia per a les persones que precisen atenció domiciliària, i ha de tenir en compte tant el nombre de persones en atenció domiciliària com l'estacionalitat a l'hora de distribuir les tasques, planificant activitats en èpoques de menor demanda aguda depenent de cada centre. Unes idees per a aconseguir-ho són: evitar començar el dia amb una consulta programada hipertrofiada, no fer pràctiques de baix valor que poden arribar a ser maleficients (com activitats preventives amb poca evidència), reduir els exhaustius protocols de seguiment de patologia crònica al que pot aportar salut al pacient, treballar amb una òptica de prevenció quaternària i respondre de manera racional a la demanda aguda en funció del problema de salut dels pacients. Les escales que millor defineixen les persones que es troben al domicili, són aquelles que limiten la seva autonomia, les que com a professionals haurem de pujar per accedir-hi. *“És formidable estar amagat, però és desastrós no ser descobert”* com diu en Richard Sennet.

Atenent a la justícia, però també al compromís amb la població i la dedicació als pacients, caldrà que les direccions facilitin la flexibilitat i l'autonomia dels professionals sobre el seu temps diari per poder donar una resposta equitativa a totes les persones que hem d'atendre, tenint en compte aspectes com la dispersió geogràfica i les necessitats de la població d'atenció domiciliària.

L'atenció domiciliària, una atenció més complexa?

L'atenció domiciliària implica atendre persones que no es poden desplaçar al centre. Haurem de distingir entre la complexitat clínica, que podrà ser la mateixa que a la consulta, i la complexitat que comporta el context en què es produeix l'atenció, per estar fora de la zona habitual de confort del professional, on s'esdevé un convidat. La incertesa que sentim a la casa o al carrer, el desplaçament de poder, les emocions quan no hi ha taules ni bates que ens distanciïn i la solitud en la presa de decisions. Per altra banda, la longitudinalitat i la confiança que es genera ens ajudarà a poder manegar molt millor aquesta situació. Al domicili ens haurem de posar les “ulleres del domicili” per proveir una atenció de qualitat al problema de salut de la persona amb una bona anamnesi i exploració física, en absència dels mateixos recursos que habitualment tenim a la consulta (ordinador, llitera...), però posant tots els mitjans que calguin a l'abast (ECG o ecografia portàtil, telemedicina, cirurgia menor, analítiques...). L'atenció al domicili també té avantatges sobre l'atenció a la consulta.

Conèixer l'entorn físic, les persones que participen en les cures i les dinàmiques familiars permet clarificar i detectar i per tant, prevenir o abordar situacions que fan emmalaltir, però també trobar motius de resiliència del pacient.

Igual que a la consulta, cal escoltar amb atenció, amb interès genuí per la persona i l'entorn. També caldrà fer l'exploració física amb les condicions més rigoroses (potser s'ha de demanar d'anar a un llit per palpar l'abdomen o que tanquin el televisor). Serà important comunicar amb honradesa i humilitat sobre les possibilitats de fer un adequat maneig clínic amb allò que tenim a la llar, i estar disponibles per coordinar-nos amb altres professionals o equips de suport en cas de ser necessari.

La privadesa i la intimitat del pacient i els seus convivents en l'atenció domiciliària.

El domicili és l'espai privat de la persona, i «resguardar la intimitat de la persona implica el seu reconeixement com a subjecte, sense reduir-lo a la condició de malalt o a la seva malaltia»²⁷. Per respecte a la persona, cal mantenir la confidencialitat tant dels aspectes de salut com d'aquells aspectes de la seva vida dels que ens assabentem pel fet d'haver accedit al domicili^{28,29}.

El dret a la privacitat en el domicili està reconegut a la Constitució espanyola de 1978, a l'article 18: «1. Se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen. 2. El domicilio es inviolable. Ninguna entrada o registro podrá hacerse en él sin consentimiento del titular o resolución judicial, salvo en caso de flagrante delito.»

Per accedir al domicili és fonamental la relació de confiança i responsabilitat. Cal tenir respecte als pacients i sempre cal avisar de quan i qui hi anirà, sobretot quan no sigui l'equip habitual, i sempre demanar permís, sobretot en els casos en què qui acudeix no està directament implicat en l'atenció, com els estudiants o els residents.

També haurem de ser respectuosos i discrets amb la persona tant durant l'entrevista com durant l'exploració física per generar confiança. S'ha de ser prudent i sensible, i demanar consentiment respecte el seu entorn afectiu, preguntar si vol que hi siguin presents en la visita o en l'exploració, quina informació vol compartir amb ells... La fragilitat física i la pèrdua d'alguna capacitat cognitiva pot portar que es produeixi una certa exclusió de la persona de les converses sobre l'evolució previsible o les perspectives de futur. Cal prestar atenció a aquesta situació i manegar-la amb delicadesa.

Per altra banda, tenir permís per entrar al domicili i compartir aquesta privadesa permet oferir una atenció de proximitat i es poden donar les condicions més favorables per arribar a esferes més íntimes personals dels seus valors morals. Es pot enriquir la relació entre el professional i el pacient a través d'aquests contactes en un entorn on el professional es sent convidat, i on la conversa més fàcilment es pot allunyar dels aspectes més biomèdics per entrar en d'altres més biogràfics i vivencials.

La presa de decisions al domicili.

La conversa amb el pacient al seu domicili pot facilitar que sorgeixi una reflexió sobre com anar vivint les possibles situacions que poden succeir en el futur, sobretot quan s'esdevingui una fragilitat clínica. Cal promoure l'exercici de l'autonomia personal i que

la persona pugui expressar si, en cas que les coses es compliquin, prefereix i té els mitjans per ser cuidada a casa, o si caldrà derivar a un centre d'atenció socio sanitària. Com a professionals disposem de dues eines imprescindibles per tal de promoure-ho, el Document de Voluntats Anticipades (DVA) i la Planificació Anticipada de Decisions que s'afavoreixen per la longitudinalitat i per un entorn més favorable per parlar de desitjos i preferències per al final de la vida com és la visita domiciliària. Si el pacient ho desitja pot ser bo implicar les persones de l'entorn, tant convivents com entorn afectiu, que coneguin la voluntat del pacient, per tal de garantir-ne el compliment si el pacient perd la competència.

Una situació inesperada (com una complicació no prevista) pot conduir a haver de prendre una decisió que no s'hagi pogut deliberar prèviament. En aquest cas el paper del professional pot ser plantejar les diferents possibilitats tenint en compte els valors i preferències del pacient, les seves comorbiditats i situació de dependència. Cal acompanyar la decisió del pacient, fent una ponderació adequada del risc-benefici de la derivació hospitalària sempre en benefici de la persona i evitant la futilitat i la iatrogènia. El difícil equilibri entre evitar el paternalisme (no decidir pel pacient) sense l'abandonament propi de l'autonomisme (*vostè faci el que li sembli, jo ja li he dit les opcions*).

Quan no es pot garantir la dignitat de la persona al domicili.

Quan la persona és autònoma i no té la competència afectada pot decidir com viure, amb el límit de no ocasionar danys a tercers. Totes les persones hem de ser respectades com a subjectes morals autònoms, responsables de les pròpies decisions. Ningú pot coartar la llibertat moral dels individus. La primera obligació moral és respondre davant la pròpia consciència del propi projecte de vida³⁰.

Pot ser que el professional detecti mancances a l'habitatge, per falta de persones cuidadores, per falta de recursos, per les condicions del domicili... Qui decideix què és digne i què no? Com protegim el pacient, per exemple, en una situació de deteriorament cognitiu que «no pot viure sol al seu domicili» però que “no en vol marxar?” Cal fer una ponderada valoració de competència i dels valors i preferències del pacient, tenint en compte la seva trajectòria de vida. No podem tancar els ulls davant d'una situació vulnerable, hem de ser capaços de demanar ajuda i posar mitjans per protegir la persona sempre que valorem que hi ha una situació de risc, bé per violència o bé per manca de suport i precarietat extrema que sigui maleficient per a la persona, atenent el nostre compromís i lleialtat amb el pacient.

Quan som testimonis que la presència d'una persona al domicili representa un risc per a terceres persones o per si mateix...

En el cas que el fet de mantenir una persona al domicili representi un perill per terceres persones concretes, l'autonomia del pacient passa a un segon pla i hem de mirar de convèncer la persona de la seva necessitat de rebre un tractament, per justícia. En cas que el pacient no estigui capacitat per decidir sobre la seva situació, o decideixi restar al domicili mantenint aquest risc, els professionals tenim el deure de protegir les terceres persones, cal actuar ràpidament, i ens hauríem de plantejar diferents opcions d'actuació, entre les quals, de no poder-se reconduir la situació al domicili, hi ha el trasllat involuntari de pacients a l'hospital.

En alguns casos, com per exemple en casos de demència avançades amb trastorns de conductuals, s'haurien d'intentar contenir al domicili el màxim possible, i s'ha de valorar si caldrà demanar ajuda als equips de suport, veure si s'aconsegueix mitigar el patiment al domicili... Per prudència s'ha d'intentar evitar desplaçaments involuntaris que podrien empitjorar l'estat confusional, però tampoc podem abandonar el pacient i la família si la situació no millora.

L'atenció domiciliària urgent.

L'atenció domiciliària requereix temps i organització, però no sempre es pot preveure i programar prèviament. Un pacient domiciliari es pot descompensar i requerir una valoració urgent al domicili. També pot ser que una patologia aguda ocasioni problemes per desplaçar-se al centre en persones que habitualment poden venir, com és el cas d'una crisi vertiginosa o una lumbàlgia aguda, però també en casos d'altres hospitalàries, en cirurgies intercurrents, o en situacions psicosocials greus. En aquests casos, els professionals de referència hauran de poder donar assistència al domicili amb la major celeritat possible, bé per iniciativa del pacient o bé nostra, la qual cosa, suposa un repte organitzatiu que implica flexibilitat. Quan l'atenció la realitza la UBA de referència aporta equitat, eficiència i no maleficència (prevenció de la iatrogènia), que són beneficis de la longitudinalitat, així com lleialtat i proximitat.

Cal, però, valorar que la situació requereix atenció domiciliària, és a dir, que aquesta sigui adequada i necessària. En cas contrari es tractaria d'un malbaratament de recursos i temps dels professionals, i atenent a la justícia i l'ètica de la negativa serà important que el pacient compregui que per responsabilitat no es pot fer un ús inapropiat de l'atenció domiciliària.

Quan la seguretat del professional al domicili no està assegurada.

Pot passar que una persona amb antecedents de violència contra el personal sanitari passi a requerir atenció domiciliària. També pot ser que haguem de visitar una persona que pugui actuar violentament. O que un domicili que es preveia tranquil de sobte es torci la situació, bé pel pacient o per algun acompanyant, i es generi una amenaça nova.

L'atenció sanitària és un entorn on poden succeir agressions verbals o físiques, però el domicili, amb el seu aïllament i lloc fora de la zona de confort, encara el professional s'hi pot sentir més vulnerable.

L'atenció sanitària s'ha de garantir també a les persones amb antecedents de conducta violenta, així que no es pot abandonar un pacient per aquest motiu. En cas que es pugui preveure, caldria adoptar mesures protectores, com anar acompanyat al domicili, inclús requerir les forces de seguretat en cas de ser necessari, o a la porta de l'habitatge o a dins, en proporció al grau d'amenaça³¹.

En cas de produir-se una agressió o amenaça, cal compartir-ho amb l'equip per tal de decidir les mesures de protecció per evitar que es repeteixi.

La por a les agressions no ens pot frenar en el desenvolupament de la nostra atenció domiciliària, per lleialtat a la població que atenem, però és convenient que les institucions tinguin protocols de protecció dels treballadors, formació en tècniques de contenció verbal i de com afrontar situacions d'agressivitat³².

L'atenció en els "altres domicilis".

En aquest apartat volem incloure aquelles persones que, o bé no tenen domicili, o bé estan institucionalitzades en domicilis col·lectius com residències o en habitatges tutelats, o bé estan en centres penitenciaris. En tots els casos, per la seva especial vulnerabilitat, haurà de ser una prioritat intentar mantenir la longitudinalitat i l'accessibilitat.

Quan el domicili és al carrer.

L'atenció a les persones en risc d'exclusió social i en situació de sensellarisme haurien de ser una prioritat en els circuits assistencials i rebre una atenció adaptada a les seves necessitats per equitat.

L'habitatge és un bé imprescindible perquè una persona pugui desenvolupar un projecte de vida digne de manera autònoma. La situació de vulnerabilitat de les persones sense llar té un clar impacte sobre la seva salut; amb una mortalitat més precoç que comporta una menor esperança de vida, així com una major prevalença de malalties mentals, addiccions i malalties infeccioses transmissibles³³.

Com a professionals sanitaris tenim la responsabilitat i el compromís d'arribar a aquestes persones i és imprescindible que podem garantir la seva accessibilitat i longitudinalitat. Sempre que pernoctin a la nostra zona, seran persones que s'han d'atendre al nostre centre. Sovint, però, si accedeixen als centres, es troben amb una atenció basada en prejudicis i en alguns casos amb violència institucional. Les persones en situació de sensellarisme presenten condicionants com la seva itinerància, la desconfiança, la por a l'estigma i, fins i tot, la vergonya, que poden dificultar que s'adrecin als professionals sanitaris per a consultar. També estan condicionades pel seu dia a dia al carrer, com haver de guardar el lloc on pernocten, els horaris de menjar, amb qui deixar l'animal de companyia i les seves pertinences, la pèrdua de l'orientació temporal, cosa que fa que aquestes persones no s'ajustin a l'organització rígida dels equips. Per revertir la llei de cures inverses, per equitat i per lleialtat podem planificar i dur a terme accions adequades per trencar les barreres a les necessitats i les seves expectatives, com per exemple, donar flexibilitat horària a l'hora de visitar-se i, fins i tot, poder evitar la sectorització, és a dir, que només es pugui visitar al centre on estan assignades, el que s'ha anomenat CAP zero³⁴, per tal de crear vincle i adquireixin confiança amb els professionals de referència. En el marc de l'atenció comunitària hem de ser capaços de sortir de la consulta, mostrar proximitat per anar a trobar aquestes persones que habitualment no venen, malgrat que sovint tenen molta necessitat de cures i així oferir-los el nostre suport amb "els domicilis al carrer". L'Atenció Primària és proximitat: hem de vincular-nos a la comunitat a la qual atenem, sortir de les consultes i caminar pels carrers dels nostres barris i pobles.

Quan les persones viuen en un centre residencial.

Les persones que viuen en centres residencials tant de gent gran, com de persones amb discapacitat tenen una alta càrrega de malaltia crònica, una situació de dependència elevada i una major necessitat de cures. És un col·lectiu especialment vulnerable i fràgil. En aquests domicilis necessitem que realment hi hagi una integració adequada, segura i eficient dels serveis sanitaris i socials. Per això, des del punt de vista de la justícia, és important que no siguin discriminades pel fet de viure a una residència: han de tenir accés al sistema sanitari i mantenir els seus referents d'Atenció Primària

(sempre que sigui possible depenent de la ubicació de la residència), la qual cosa és més eficient, justa i benèfica que adscriure a recursos específics sectoritzats d'atenció. En realitat els centres residencials s'haurien de comportar com un canvi de domicili de les persones on les cures estan professionalitzades.

Està demostrat que el domicili és, generalment, un entorn més segur per a la persona que una residència. Per poder donar una correcta atenció a aquestes persones amb tanta càrrega de malaltia o dependència és important que les cures estiguin assegurades i es disposi d'un número de personal adequat, tant per part del centre residencial com pels seus equips d'Atenció Primària. No podem obviar les responsabilitats de l'administració en la dotació dels recursos necessaris per proveir una bona atenció.

Les professionals d'Atenció Primària han de treballar colze a colze amb les del centre residencial: han conèixer i compartir les cures que precisen, la càrrega de malaltia i dependència de les persones que hi viuen, atenent la no maleficència. Per prudència cal evitar accions i tractaments fútils: en aquests pacients és imprescindible evitar una atenció fragmentada amb derivacions a urgències o hospitalitzacions innecessàries, que són l'escenari perfecte per a l'obstinació terapèutica i la iatrogènia. Hem de procurar ser fidels als residents, no abandonar-los i vetllar per alleugerir el seu patiment.

Quan la persona està privada de llibertat.

El deure ètic i jurídic de l'Administració és vetllar per la salut, els drets fonamentals i la reinserció social de les persones internes. L'assistència sanitària penitenciària ha de garantir que tots els interns disposin d'una atenció equivalent a la que rep el conjunt de la població. Els professionals que treballen en l'àmbit penitenciari atenen a persones privades de llibertat, amb unes condicions de vida dures i habitualment amb determinants socials adversos previs a l'ingrés a presó, que fan emmalaltir. Cal que les professionals que atenen persones que han estat condemnades, sigui en règim obert als centres de la comunitat o sigui el professional penitenciari, ho facin amb respecte i amb la mateixa calidesa i proximitat a qui no ha estat condemnat. El nostre paper és cuidar, no jutjar; la dignitat i el dret a la salut no es suspèn amb la condemna. Si pel fet de ser coneixedor del seu delictes se li genera una impossibilitat o dificultat en proveir una bona atenció, cal que ho manifesti i que es busqui un professional que no tingui aquest condicionant. Tot i així, haurem d'intentar assegurar la continuïtat assistencial mentre no pugui ser atesa per les professionals referents fora de la presó i mantenir una comunicació bona i fluida entre totes les professionals, ja que sovint els sistemes d'informació entre l'àmbit penitenciari i el sistema sanitari no són compartits.

En alguns casos com el rebuig del tractament o l'alta voluntària, l'autonomia pot entrar en conflicte amb la tutela pel sistema judicial que ha de vetllar per la vida i la integritat d'aquestes persones. Un moment delicat per aquestes persones és quan estan en situació de final de vida, no poden morir a la presó i han de ser traslladades fora per a poder morir en llibertat.

Quan es fragmenta l'atenció domiciliària a l'Atenció Primària.

La fragmentació de l'atenció domiciliària consisteix en canviar els professionals referents dels pacients quan aquests requereixen atenció domiciliària amb la creació d'equips específics per a realitzar aquesta tasca. Aquesta fragmentació planteja una sèrie d'aspectes ètics tant de caràcter general com més concrets que hem de tenir en compte.

Quan es trenca la longitudinalitat.

Els beneficis de la longitudinalitat sobre la salut de les poblacions respecte a altres formes d'organització són sobradament coneguts. Hi ha una evidència ferma que la longitudinalitat es relaciona amb un menor ús dels serveis sanitaris, dels serveis d'urgències, dels ingressos hospitalaris i es relaciona amb una disminució de la mortalitat, més en les persones amb més malalties cròniques, amb una relació dosis-resposta. Per la salut de la població, per equitat (suposa l'ús més òptim dels recursos) i no maleficència (evita la iatrogènia) cal que les institucions promoguin la longitudinalitat en la seva organització i provisió de serveis³⁵.

Al llarg dels anys de relació terapèutica es va acumulant, a banda de coneixement clínic, el que s'anomena "coneixement gris", a partir d'històries de vida compartides, gràcies al fet de ser testimoni dels moments vitals importants de les persones, es va adquirint aquesta informació sobre la manera de viure i d'emmalaltir de les persones, també la manera de sanar i tirar endavant.

De cara al pacient, és molt injust i clarament maleficient que pel fet de perdre la possibilitat de venir al centre sigui privat dels beneficis de la longitudinalitat. En un moment de fragilitat perdrà la relació amb els seus professionals de referència, perdent-se tot el "coneixement gris", impossible de registrar en la història clínica, i haurà de recomençar el procés de coneixença terapèutica amb un altre, potser suposant també la disgregació d'una família en diferents professionals. Per lleialtat i per compromís amb les persones i les seves peculiaritats, haurem de defensar aquesta atenció a llarg termini per part de les professionals de referència, també al domicili.

En el cas de centres amb unitats d'atenció domiciliària dispensaritzada, haurem de respectar l'autonomia de les persones que manifesten que volen seguir sent ateses pels seus professionals de referència, i l'organització hauria de facilitar aquesta possibilitat als professionals que volen seguir fent els seus domicilis.

Quan els canvis no disposen d'evidència.

Una de les justificacions de l'atenció fragmentada és que les unitats domiciliàries focalitzades tindrien millors resultats per patologia donada l'expertesa, però la paradoxa de l'Atenció Primària demostra que no és així: una Atenció Primària basada en la longitudinalitat i la integralitat obté millors resultats de salut poblacional, amb menor despesa i major equitat, malgrat que les atencions focals puguin tenir millors resultats en paràmetres molt concrets que acostumen a ser indicadors de procés i de registre³⁶.

Per equitat i no maleficència, haurem de valorar el cost d'oportunitat d'aquestes unitats. Si no hi ha evidència per a noves formes d'organització i si l'atenció domiciliària feta per les pròpies professionals de referència respon a una millor atenció longitudinal, amb les importants evidències, proposar aquestes noves formes d'organització de l'atenció domiciliària es torna maleficient. Ara per ara, no hi ha estudis que demostrin la seva evidència amb indicadors en salut poblacional. Tampoc hi ha evidència que aquests canvis suposin un alleugeriment de càrregues per a la resta de professionals o si, com acostuma a passar, quan es verticalitza l'atenció, augmenten les càrregues de la resta de professionals, els quals s'acaben saturant.

També afectaria l'equitat si els horaris de les unitats focalitzades fossin més restringits que els que s'ofereix a la resta de la població (per exemple només entorn de matí), si aquestes unitats realitzen un nombre protocol·litzat de visites no justificades per la necessitat de salut del pacient, o amb un ús de professionals innecessaris (per exemple anar metgessa, infermera i treballadora social a un domicili que pot resoldre perfectament la infermera). L'equitat i probablement la no maleficència, perquè els contactes amb el sistema sanitari no necessaris augmenten la possibilitat de iatrogènia.

Quan es vulneren els drets dels pacients i els atributs professionals.

L'existència de les unitats d'atenció domiciliària vulnera els atributs professionals de l'Atenció Primària, ja que impedeix la longitudinalitat i l'accessibilitat amb el professional de referència, però alhora també afecta la seva integralitat. El professional que deixa de fer domicilis perd capacitat clínica de resolució de problemes de salut fora de l'entorn de la consulta, d'acompanyament de malaltia i final de vida al domicili, en definitiva, perd competències. També els professionals d'Atenció Primària que treballen en aquestes unitats perden integralitat i competències. La formació integral i continuada és un dels punts clau de la versatilitat dels professionals a l'Atenció Primària. La "subespecialització" és una amenaça al generalisme. Les organitzacions que volen ser respectuoses amb l'essència i els beneficis de l'Atenció Primària han de promoure i incentivar que els professionals continuïn fent atenció domiciliària a les persones que atenen perquè entenen que el valor de la seva pràctica és aquest compromís i lleialtat amb els pacients al llarg de la vida.

Quan deixem perdre el nostre llegat, com el transmetrem?

Amb quina coherència transmetem el llegat de la nostra professió a futures generacions? Com enfocarem l'especialitat de medicina i infermeria per tal que els futurs professionals entenguin el valor i el contracte implícit que tenen amb les persones que atenen? Com aprendran a fer atenció domiciliària els nous residents que tinguin tutors que no en facin? Ho aprendran en unitats subespecialitzades? Com aprendran a organitzar-se quan vagin a treballar a un lloc sense aquestes unitats? Per què és un requeriment que un tutor faci investigació (que clarament es pot aprendre fora de la consulta) i no ho és que atengui els seus domicilis?

La formació i la pràctica de l'atenció domiciliària realitzada pel propi professional d'atenció primària ha d'estar contemplada en els plans de formació de les professionals de medicina i infermeria de família i comunitats perquè és una de les competències de l'especialitat.

Quan es fan canvis organitzatius que afecten l'essència de l'Atenció Primària, això pot modificar també el futur de l'especialitat, caient en el que podríem anomenar "maleficència de futur".

Fer ús de l'ètica del "Sí".

Davant canvis organitzatius que vulneren aquests drets de pacients i atributs de professionals podem mostrar una obediència deguda, o bé, davant d'aquesta confrontació podem alçar la veu i mostrar el nostre posicionament a favor d'allò que ha demostrat que és beneficent per a les persones, l'ètica del "sí", sí a continuar donant atenció a domicili per reivindicar el nostre rol i flexibilitzar el nostre treball del dia.

Culpabilitzar les professionals.

Algunes professionals han estat vulnerades davant la seva negativa a deixar d'atendre les persones que no es poden desplaçar al centre. Sovint han rebut poc recolzament dels seus equips i de les seves institucions o societats científiques, la qual cosa els ha generat patiment.

Cal evitar aquest tracte injust. Més quan les professionals han estat defensant els seus atributs professionals i no hi ha cap evidència, ans al contrari, que una nova forma d'organització de l'atenció domiciliària sigui millor per a les persones.

D'altra banda, moltes professionals han acceptat o s'han vist portades a haver d'acceptar aquestes noves formes d'organització. De la mateixa manera, també seria injust culpabilitza-les per no haver rebut el suport suficient per a poder seguir desenvolupant la seva feina.

Acompanyament al final de la vida

El millor lloc per a morir és aquell que escull la pròpia persona o, si ella no pot, la persona que coneix els seus desitjos (pot ser el representant nomenat en les voluntats anticipades). En el cas que la persona decideixi morir a casa, és deure dels professionals assegurar que sigui de la millor manera possible, i fer ús dels dispositius disponibles en cas que pugui ser necessari³⁷.

La majoria de les persones prefereix morir a casa seva. Per això l'atenció domiciliària està íntimament lligada a l'acompanyament a la mort. És un privilegi participar en donar una atenció digna i respectuosa a les persones al final de la vida i a les seves famílies, en l'entorn més estimat i proper per a la persona, sempre que això sigui possible. Habitualment les persones que requereixen atenció domiciliària acostumen a ser persones fràgils o amb una malaltia avançada amb les quals s'ha pogut planificar decisions, entorn el final de vida. Les professionals de referència que han acompanyat la persona al llarg de la seva trajectòria biogràfica i biològica, seran les que probablement millor coneguin les preferències i escala de valors, i puguin arribar a fer el millor acompanyament en moments tan delicats i íntims. És per lleialtat i per proximitat acompanyar aquesta persona durant el procés. En tot cas, podem comptar amb els equips de suport en aquells casos més complexos per prudència i honradesa. En aquests casos també seria beneficent notificar a la resta de professionals de l'equip o les professionals que estan de guàrdia el cap de setmana una situació d'últims dies per si s'esdevé el desenllaç o complicacions. Cal tenir en compte que la decisió d'estar a casa pot ser revocada en qualsevol moment per la persona o per la situació familiar, per tant, caldrà atendre i estar pendent dels possibles canvis.

D'altra banda, amb la prestació d'ajut per a morir, el domicili esdevé el lloc on majoritàriament les persones trien perquè se'ls hi practiqui l'eutanàsia. Aquest fet també esdevé una posició privilegiada per a les professionals de referència del pacient. És una condició poder estar accessible per a aquella persona durant tot el procés. És important que la persona compti amb tota la informació disponible des del principi, com per exemple que en el cas de persones que vulguin fer donació d'òrgans, en el moment actual no podran practicar l'eutanàsia al domicili, s'haurà de fer en un ambient monitorat a l'hospital.

En qualsevol final de vida és important el suport de l'equip i de l'equip directiu per poder flexibilitzar al màxim i garantir una bona atenció.

La certificació de la defunció també s'hauria de prioritzar pel professional de referència de la persona per compromís i lleialtat i perquè és qui disposa de la informació per poder emplenar-lo de manera molt més precisa. És per això que en cas d'èxitus seria convenient tractar de prioritzar aquesta atenció al domicili sense demorar-la per respecte a la família.

Quin és el paper dels equips de suport a l'Atenció Primària?

Els equips de suport a l'Atenció Primària són equips especialitzats que ofereixen assessorament i suport als professionals de l'Atenció Primària per poder acompanyar de manera coordinada amb les professionals de referència. El seu paper principal és ajudar i complementar a les professionals de l'Atenció Primària. Cal evitar sobrecarregar les unitats de suport amb casos que poden ser atesos per les mateixes professionals de referència, ja que això suposa una manca d'equitat i una injustícia: si es destinen a tasques que poden resoldre els equips de referència, perden la capacitat d'atendre adequadament les situacions complexes per a les quals realment estan concebudes. Les professionals de referència han de mantenir la presència. És important una bona comunicació bidireccional i, fins i tot, es podran realitzar valoracions conjuntes a domicili des del primer moment. Entre aquests equips especialitzats hi trobem per exemple l'atenció pal·liativa domiciliària que assessora els i les professionals en l'atenció a pacients amb necessitats pal·liatives o malalties cròniques avançades. Aquests professionals poden donar una atenció directa, orientada a control de símptomes, confort i benestar de la persona malalta i del seu cuidador, tenen un paper important en la gestió de casos complexos i en la coordinació de recursos entre nivells assistencials. En cas que la professional de referència estigui absent (bé sigui per vacances o bé per incapacitat temporal), l'atenció a domicili l'hauria d'assumir el seu mateix equip assumint la seva responsabilitat envers els seus pacients, activar en aquesta situació als equips de suport comportaria eludir-la.

Punts Clau

- L'atenció domiciliària és una funció nuclear de l'Atenció Primària, que dona el privilegi a les professionals de referència per a comprendre millor la persona, la seva biografia, l'entorn familiar, social i els determinants que influeixen a la seva salut.
- Els atributs de l'Atenció Primària al domicili s'han de mantenir per beneficència i justícia: longitudinalitat, accessibilitat, integralitat i coordinació.
- Les persones fràgils, amb malalties cròniques o amb discapacitat, sovint no poden desplaçar-se al centre. El principi de justícia exigeix garantir-los l'accés equitatiu a la salut, evitant "la llei de cures inverses". L'atenció domiciliària és, per tant, un deure ètic.
- L'atenció domiciliària també s'acompanya d'uns principis ètics i valors propis; no maleficència per evitar danys, sobretot, en persones vulnerables; autonomia per respectar les decisions de la persona i afavorir la seva participació; beneficència en funció de cada persona i justícia per garantida equitat i accessibilitat.
- La persona que requereix atenció domiciliària sovint 'necessita més' que moltes de les que atenem a la consulta: per la seva fragilitat, dependència o impossibilitat de desplaçar-se, és deure dels professionals i del sistema prioritzar la seva atenció.
- L'atenció al domicili no és tan sols traslladar la consulta; implica adaptar-se a recursos limitats, respectar la intimitat, establir vincles amb els cuidadors i la família, suposa flexibilitat i dignitat per a les professionals.
- L'atenció domiciliària també comporta atendre persones en situació de vulnerabilitat extrema com persones sense llar, residents en centres residencials o bé la presó; s'ha d'intentar mantenir la longitudinalitat, accessibilitat i l'atenció generalista.
- El vincle amb les professionals de referència és la base de la longitudinalitat que ha demostrat beneficis en les persones, per tant, serà important organitzar-nos en base a ella.
- Acompanyar al final de vida en el domicili a un pacient nostre és una responsabilitat per a les professionals de referència. És important garantir un procés digne de la millor manera possible amb proximitat i respecte a les decisions prèvies. En cas que sigui necessari, caldrà comptar amb les unitats de suport especialitzades.

Consells Pràctics

1. Atén amb prioritat a les persones que no poden desplaçar-se al centre per garantir l'equitat i la justícia, evitant la llei de cures inverses.
2. Respecta la seva intimitat i la seva dignitat, el domicili és l'espai més íntim de la persona.
3. Assegura la longitudinalitat amb les seves professionals de referència (medicina, infermeria, treball social i administratiu sanitari)
4. Escolta i respecta les seves decisions i valors per tal de promoure la seva autonomia.
5. Treballa en equip i de manera coordinada amb els altres recursos sempre que sigui necessari.
6. Reserva un espai en la jornada laboral per a poder dedicar a aquestes persones.
7. Garanteix l'atenció digna a les persones que viuen al carrer, en centres residencials o en presons.
8. Assegura la millor manera possible de morir a casa sempre que la persona així ho decideixi.
9. Transmet el cos de coneixement de l'atenció domiciliària com el nostre llegat més preuat a futures generacions.
10. Assumeix l'atenció domiciliària com un repte apassionant; una feina impossible feta impossiblement bé.
11. Alça la veu si es vulneren drets de persones i de professionals.

BIBLIOGRAFIA

INFORMACIÓ INSTITUCIONAL:

1. Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional para Europa, Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud, Genet, Nadine, Boerma, Wienke, Kroneman, Madelon, et al. (2012). Atención domiciliaria en Europa: estructura actual y retos futuros. Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional para Europa. <https://iris.who.int/handle/10665/327948>
2. Pereira DJ, Sidaway K, White E, Thorne A, Evans PH. Continuity of care with doctors—a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ Open*. 2018;8:e021161. DOI: [10.1136/bmjopen2017-021161](https://doi.org/10.1136/bmjopen2017-021161)
3. Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, Hunskaar S. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *Br J Gen Pract*. 2022;72(715):e84-e90. DOI: [10.3399/BJGP.2021.0340](https://doi.org/10.3399/BJGP.2021.0340)
4. Prior A, Rasmussen LA, Virgilsen LF, Vedsted P, Vestergaard M. Continuity of care in general practice and patient outcomes in Denmark: a population-based cohort study. *Lancet Prim Care*. 2025;1:100016. DOI: [10.1016/j.lanprc.2025.100016](https://doi.org/10.1016/j.lanprc.2025.100016)
5. B. Starfield. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity and efficiency of health services. *SESPAS report 2012*. *Gac Sanit*, 26 (2012), pp. 20-26
6. Añel Rodríguez RM, Astier Peña MP. Longitudinalidad en Atención Primaria: un factor protector de la salud. *Rev Clín Med Fam*. 2022;15(2):75-76. DOI: [10.55783/rcmf.150202](https://doi.org/10.55783/rcmf.150202)
7. Vidal Alaball J, Astier Peña, MP. Más años juntos, más salud: la longitudinalidad marca la diferencia. [Internet]. *Sano y Salvo*. Blog de seguridad del paciente en atención primaria. [14 de septiembre de 2025; consultado 14 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://sano-y-salvo.blogspot.com/2025/09/mas-anos-juntos-mas-salud-la.html>
8. Palacio Lapuente J. Las ventajas de una relación estable: longitudinalidad, calidad, eficiencia y seguridad del paciente. *AMF* 2019;15(8);452-459.
9. Busquet X. Bioética y atención domiciliaria. *Aten Primaria*. 2006 Nov; 38(9): 523–525
10. McWhinney IR. *Textbook of Family Medicine*. 2ª ed. Nueva York, NY: Oxford University Press; 1997
11. Riera L, Vall-Ilossera N. La atención domiciliaria. *AMF* 2018;14(11):664-669
12. Direcció estratègica d'Atenció Primària i comunitària. Model del Programa d'atenció domiciliària (ATDOM) de l'Atenció Primària i comunitària (APiC): any 2022. Barcelona. Departament de Salut. Consultado el 11 de marzo de 2023. Disponible en <https://salutweb.gencat.cat/web/content/departament/ambits-estrategics/atencio-primaria-comunitaria/docs/modelatdom-apic.pdf>.

13. Fernández LL, Serra-Sutton V, García-Altés A. Estudi qualitatiu per conèixer què és una bona mort. Experiències i vivències de pacients, familiars i professionals en el sistema de salut català. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2022.
14. Zapater Torras F. ¿Mejoró la Atención Primaria de Salud en las últimas décadas? AMF 2025;21(4):182-183
15. Torrell Vallespín G. El maravilloso e increíble proceso de morirse por dentro también conocido como desprofesionalización. No gracias. [Internet]. Disponible en: <https://www.nogracias.org/2024/03/03/el-maravilloso-e-increible-proceso-de-morirse-por-dentro-tambien-conocido-como-desprofesionalizacion-por-gemma-torell/>
16. Melguizo M, García M. Reflexiones sobre el futuro de la atención domiciliaria. Prioridades a corto y a medio plazo. Atención Primaria 54 (2022) DOI: [10.1016/j.aprim.2022.102374](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102374).
17. Idescat. Projeccions de població. Població projectada a 1 de gener de 2030 segons el sexe i grans grups d'edat. Escenari mitjà (base 2024)
18. Heath I. Prevención excesiva que pone en riesgo la atención]. AMF 2025;21(7);380-381. DOI: [10.55783/AMF.210701](https://doi.org/10.55783/AMF.210701)
19. Limón E, Riera N (grup d'ATDOM CAMFIC) Longitudinalidad y continuidad en atención domiciliaria. Atención Primaria 55 (2023) <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102632>.
20. Riera L. ¿Una atención domiciliaria sin longitudinalidad?. Atención Primaria. 55 (2023) <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102720>.
21. Mahtani K, Abrams R. General practice must be the foundations of primary care reform. BMJ 2025;390:r1851 | doi: [10.1136/bmj.r1851](https://doi.org/10.1136/bmj.r1851)
22. Grup d'ètica de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFIC). Les bones pràctiques del metge i la metgessa de família. Barcelona: CAMFIC 2016. Disponible a: https://gestor.camfic.cat/uploads/ITEM_8082.pdf
23. El valor del vincle i la permanència a la canviant societat actual. Conferència a càrrec de Berta Gibert en XII Jornada del GdT d'Ètica de la CAMFIC, Barcelona 30 d'octubre de 2025.
24. Hart, JT (1971).Hart JT The inverse care law. Lancet. 1971; 1: 405-412
25. Godfrey L, St-Amant A, Premji K, Fitzsimon J. Impact of changes in primary care attachment: a scoping review. Family Medicine and Community Health. 2025;13:e003115. <https://doi.org/10.1136/fmch-2024-003115>.
26. Codi ètic. Institut Català de la Salut. Aprovat 2018. https://ics.gencat.cat/web/content/Documents/rsc/Codi_etica_ICS.pdf
27. Buedo, P. Salas M. Atención de la salud en domicilio: aportes desde la bioética. rev. latinoam.bioet. [online]. 2019, vol.19, n.2, pp.9-18. ISSN 1657-4702. <https://doi.org/10.18359/rlbi.3619>.

28. Grup d'ètica de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC). L'autonomia, el dret a decidir. Barcelona: CAMFiC; 2001. Disponible a: http://gestor.camfic.cat/uploads/ITEM_541_EBLOG_1849.pdf
29. Comisión deontològica. La ética de la intimidad y la confidencialidad: un reto para las enfermeras. Barcelona (2022) <https://pbcoib.blob.core.windows.net/coib-publish/invar/471112ff-d48f-4393-8820-c3e50050c6a8>
30. Gracia, D. Ética médica. Medicina Interna. 13ª Edición <https://www.samfyc.es/pdf/GdT-Bio/201035.pdf>
31. Melé J. Gervilla J. Soler, J. Prevención de riesgos en la atención domiciliaria. Atención Primaria. Vol. 43. Núm 1. Enero 2010. DOI: [10.1016/j.aprim.2010.01.022](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2010.01.022)
32. Sainz, C. Protocolo de actuación frente a situaciones conflictivas con los ciudadanos en centros de atención primaria. Medicina y Seguridad del Trabajo. Vol. 57. Madrid 2011. Versión online. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2011000100002
33. Roca, Daniel et al. Análisis de la salud de la población sin hogar de un distrito desfavorecido de Barcelona. Estudio ESSELLA. Atención Primaria 54 (2022) 102458. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102458>
34. Propostes per a oferir una millor atenció sanitària a les persones sense llar. Grup de Treball Salut sense Llar. Març 2024. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. <https://www.comb.cat/Upload/Documents/1/0/10459.PDF>
35. Engström SG, André M, Arvidsson E, Östgren CJ, Troein M, Borgquist L. La continuidad de la atención médica personal mejora los resultados de la atención médica en las poblaciones de atención primaria: una revisión sistemática. Br J Gen Pract. 2025 Jul 31;75(757):e518-e525.
36. Stange KC, Ferrer RL. The paradox of primary care. Ann Fam Med. 2009 Jul-Aug;7(4):293-9. doi: 10.1370/afm.1023. PMID: 19597165; PMCID: PMC2713149.
37. Grup d'ètica de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. Acompanyar fins a la mort. Barcelona: CAMFiC. Febrer 2012. https://gestor.camfic.cat/Uploads/ITEM_139.pdf

Annex 1.

Alguns conceptes clau

El dret a la protecció de la salut és un dret contemplat per la **Constitució espanyola de 1978 a l'article 43**, i es desenvolupa a la **Llei general de sanitat de 1986 (Llei 14/1986)**, on es generalitza l'accés als sistemes sanitaris en condicions d'igualtat.

La **Llei 21/2000**, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient i la documentació clínica, regula l'autonomia del pacient i la lliure elecció del professional.

El **Codi de deontologia del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya**, vigent des del 5 de febrer de 2022, conté diverses normes que estan relacionades.

Pel que fa a principis generals:

- **Norma 1.** El metge ha de tenir present que l'objectiu de l'exercici de la medicina és promoure, mantenir o restablir la salut individual i col·lectiva de les persones, alleujar el dolor o els patiments causats per la malaltia, tenir cura dels pacients, recuperables o no, tractar d'evitar la mort que no és previsible i vetllar per una mort en pau. El metge ha de considerar que la salut no és solament l'absència de malaltia, sinó també el conjunt de condicions físiques, psíquiques i socials que permeten la màxima plenitud de la persona, per tal que aquesta es pugui desenvolupar de manera autònoma. El metge ha de tenir especial cura a combatre el dolor i el patiment de forma proporcionada a les necessitats de la persona malalta, emprant amb aquesta finalitat, sense excuses ni prejudicis, tots els mitjans al seu abast.
- **Norma 3.** Com sigui que la defensa i la promoció de la salut suposen un camp d'acció molt més ampli que el purament assistencial, els metges no poden considerar-se aliens a les situacions socials, els progressos tècnics i les condicions de treball i ambientals que afecten la vida dels ciutadans, i han d'aconsellar les accions sanitàries més adients. Els metges també han de ser proactius en la protecció de la salut global i en la lluita contra l'emergència ecològica
- **Norma 7.** El metge ha de sotmetre's sempre a les mateixes normes ètiques i mai no podrà renunciar a la seva independència professional, sigui quina sigui la manera com exerceix la medicina o la institució en què ho faci.
- **Norma 8.** El metge ha de vetllar per mantenir el prestigi de la professió i evitar accions que puguin menystenir la confiança social envers la professió o les institucions sanitàries.

Pel que fa a la relació metge-pacient:

- **Norma 11.** La primera lleialtat del metge ha d'ésser envers la persona que atén. La salut d'aquesta ha d'anteposar-se a tota altra conveniència.
- **Norma 13.** Tothom té el dret a una atenció mèdica de bona qualitat humana i tècnica. El metge ha de vetllar per la preservació d'aquest dret
- **Norma 16.** Les exploracions complementàries no s'han de practicar de manera rutinària, indiscriminada o abusiva, sinó sempre sota criteris mèdics. El metge ha de tenir especial cura de no caure en la denominada medicina defensiva, en indicar exploracions o tractaments que no siguin estrictament necessaris
- **Norma 20.** El metge ha de respectar el dret del pacient d'elegir el seu metge i el centre sanitari. Individualment i col·lectivament ha de vetllar per l'acompliment d'aquest dret. El metge ha de respectar el dret del pacient a una segona opinió
- **Norma 21.** Les tecnologies de la informació i la comunicació poden ser instruments vàlids i útils per reforçar i dinamitzar la relació entre metges i pacients, però no poden substituir la visita presencial quan aquesta sigui necessària per a la deguda qualitat de l'acte mèdic. Poden ser també mitjans per establir consultes entre professionals. En aquest cas, la responsabilitat assistencial recau en el professional que hagi mantingut la relació presencial amb el pacient, i la documentació o informació generada amb aquestes comunicacions s'ha d'incorporar a la història clínica del pacient

Pel que fa a la relació metge-pacient:

- **Norma 56.** El metge té el deure de proposar al pacient tots els mitjans adequats al seu abast que cregui adients, dirigits a preservar o recuperar la salut, i de prestar-li tota l'assistència necessària amb aquest objectiu. El metge també ha de promoure els programes de profilaxi, higiene i prevenció
- **Norma 57.** El metge, en la proposta de tractament, ha d'adequar l'ajuda que ofereix al malalt a la qualitat de vida personalitzada i ponderada amb el mateix malalt, més enllà de la quantitat de vida.
- **Norma 59.** El metge ha de proposar i aplicar tractaments o procediments avalats pel mètode científic o d'una eficàcia acceptada per la comunitat científica. El metge no ha d'emprar procediments ni ha de prescriure tractaments amb els quals no estigui degudament familiaritzat o que no consideri adients

- **Norma 60.** Quan el metge proposi emprar tractaments o procediments que no s'ajustin als termes de la Norma 59, els oferirà sempre com a teràpia complementària, mai com a alternativa a tractaments de demostrada eficàcia per a la malaltia que es tracta; tot informant i advertint de manera clara i entenedora, del seu caràcter complementari i no substitutori, i sempre que no suposin un risc afegit o no representin un obstacle pel bon desenvolupament de la teràpia principal. Igualment, advertirà de no abandonar cap tractament necessari i, quan calgui, procurarà que el metge responsable del tractament principal estigui informat de la teràpia complementària indicada al pacient
- **Norma 64.** El metge, quan la demanda de mitjans terapèutics sigui superior a la seva disponibilitat o quan el context sociocultural del lloc on presta la seva activitat dificulti una assistència de qualitat, procurarà oferir el major benefici clínic, basant-se en principis ètics, aplicats amb criteris de proporcionalitat

Pel que fa a la seguretat clínica:

- **Norma 95.** El metge ha de denunciar davant la direcció de la institució sanitària on treballi els impediments que hagi trobat pel desenvolupament d'una bona pràctica mèdica, o pel respecte a les normes deontològiques. Si aquests impediments persisteixen, el metge els posarà en coneixement del Col·legi de Metges.

è



CAMFiC

societat catalana de medicina
familiar i comunitària