



# Ética en la atención domiciliaria



*Imagen cedida por Martín Gallego de su proyecto fotográfico "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).*

## GRUPO DE ÉTICA

### Redactores del documento

Isabel Buezo Reina  
Laia Riera Armengol

### Consultores del documento

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

### Miembros participantes en el debate

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

### Referentes del grupo que han hecho aportaciones

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

Enero 2026

*Tanto los referentes como los consultores han hecho aportaciones al borrador del documento, que se han tenido en cuenta, pero el contenido final es responsabilidad del Grupo de Ética, que es su autor. La colección Reflexiones de la Práctica Cotidiana pretende ofrecer motivos de reflexión a los lectores (principalmente médicos y médicas de familia) para mejorar la dimensión ética de la atención que prestan a la ciudadanía. En ningún caso pretende establecer normas de actuación ni definir estrategias para evitar problemas jurídicos. En todo caso, los miembros del Grupo de Ética entiende que una práctica éticamente correcta es, dentro de la incertidumbre de la profesión, una buena herramienta no solo para hacerlo mejor, sino también para prevenir problemas legales.*

# Índice

**Introducción. .... 4**

**Importancia: reflexión, compromiso y futuro..... 7**

**Real como la vida misma ..... 9**

**Consideraciones éticas. .... 12**

**Cuestiones polémicas. .... 17**

**Puntos clave. .... 28**

**Consejos prácticos..... 27**

**Bibliografía. .... 30**

**Anexo 1. Marco legal y deontológico..... 33**

# Introducción

**La atención domiciliaria** se puede definir como “la atención profesional de cuidados que se presta en el domicilio de personas con necesidades evaluadas formalmente, que incluyen atención sanitaria, rehabilitadora, de acompañamiento, ayuda técnica y de apoyo a las personas cuidadoras informales en caso de que las haya”<sup>1</sup>.

**La atención en el domicilio** es una parte inseparable de la Atención Primaria, una de sus funciones nucleares. Por ello, hablar de atención domiciliaria es hablar de Atención Primaria y de los atributos que la definen.

**La longitudinalidad**, esa relación estable con los profesionales de referencia<sup>1</sup>, es uno de los pilares básicos que ha demostrado la disminución no solo del uso de los servicios sanitarios fuera de horario (atención en servicios de urgencias) y de los ingresos hospitalarios, sino también de la mortalidad, especialmente en los pacientes con mayor comorbilidad<sup>2,3,4</sup>. Poder seguir acompañando a las personas en el momento de mayor fragilidad integra la naturaleza personal y humana de la Atención Primaria, donde el profesional asume la responsabilidad del cuidado del paciente y se evita romper el contrato implícito de la relación. Es la máxima representación de hacerse cargo de la persona. Además, la longitudinalidad, tal como demostraron Barbara Starfield y otros<sup>5</sup>, es esencial en el efecto positivo que tiene sobre la equidad, la sostenibilidad y la calidad de la atención. Es decir, la longitudinalidad se comporta como un verdadero factor protector de la salud y se convierte en un determinante más comparable a otros como la alimentación o la actividad física<sup>5</sup>. El conocimiento de la biografía de la persona y de su proceso de enfermedad, la confianza y el respeto que se desarrollan entre el paciente y el profesional a lo largo del tiempo ayudan en la toma de decisiones compartidas y disminuyen la iatrogenia<sup>6,7,8</sup>. Estos hechos, a su vez, proporcionan satisfacción a los profesionales y aportan sentido al trabajo del día a día.

**Otro pilar de la Atención Primaria es la accesibilidad**, y la atención domiciliaria debe garantizarla para las personas que no pueden desplazarse al centro con el fin de favorecer la equidad y la distribución de recursos. Es importante identificar a aquellas personas o grupos que pueden tener más problemas para acceder al centro, como las personas más pobres, las personas migrantes, las personas que viven solas y las personas que no tienen una red familiar o social de apoyo. Debe contemplar cierta flexibilidad para permitir la atención proactiva y, sobre todo, reactiva por parte de la unidad básica asistencial que conoce a la persona, y que pueda tener acceso preferente a recursos sociosanitarios. Es fundamental disponer de los medios para que la persona que no puede salir de casa pueda consultar cuando tiene un problema de salud, evitando añadir una barrera tecnológica o digital a la barrera que ya supone no poder acceder presencialmente al centro sanitario. Se debe reservar un espacio de tiempo al día para las personas que precisan atención domiciliaria, y debe tener en cuenta tanto el número de personas en atención domiciliaria como la estacionalidad a la hora de

distribuir las tareas, planificando actividades en épocas de menor demanda aguda según el centro.

**La atención domiciliaria debe coordinarse** con todos los profesionales o servicios asistenciales que atienden a la persona desde una posición privilegiada: debe acompañar al paciente en su proceso asistencial y asegurarse de que se optimiza su atención, evitando duplicidades y atenciones innecesarias o fútiles, y garantizando que recibe los cuidados que necesita. Para ello es necesaria una comunicación fluida entre todos los profesionales que atienden a la persona. La coordinación debe establecerse también con las trabajadoras del Servicio de Atención Domiciliaria (SAD), ya que son quienes pasan más tiempo de la “vida real” con la persona y su entorno afectivo. Este contacto proporciona un conocimiento más amplio sobre cómo se vive la situación del que pueden obtener las profesionales de Atención Primaria en visitas de tiempo más limitado.

**Allí encontramos a la persona en su entorno**, vemos cómo vive, aquello que es importante para él o para ella. Nos da el privilegio de poder acercarnos más, tanto al paciente como a su biografía, y complementa sus dimensiones afectivas, sociales, espirituales, ambientales, económicas, políticas y culturales. Nos permite obtener un conocimiento mucho más integral de la persona, más allá de los datos clínicos. *“El domicilio es una oportunidad de conocimiento y es, también, y sobre todo, una aventura”*<sup>9</sup>. *“Es el lugar de preferencias emocionales y físicas, de recuerdos y de confort (OMS)”*<sup>1</sup>. *“Hogar”* es la palabra que más se adentra en la intimidad del lugar que habitamos; de “fogar”, de “focâris”, derivado de focus, allí donde está el fuego que invita a sentarnos a su alrededor en familia o en grupo. El hogar es aquello que nos da calor, seguridad, protección y cuidado. Es importante entender que no todos los domicilios serán hogares.

**Permite también obtener información sobre el rol de la persona dentro de su familia** y sus condiciones materiales de vida, que también influirán en su proceso de enfermedad, en la posibilidad de vivir la enfermedad en casa y de recuperarse. No hay un lugar de atención más propio en cualquier escenario que el domicilio. Pero también debemos tener en cuenta a las personas que, por la condición que sea, residen en otros domicilios como centros residenciales u otros más complejos como las prisiones o incluso en la calle. La experiencia práctica de visitar casas y barrios puede proporcionarnos más comprensión en una sola mirada y cinco minutos de escucha que volúmenes de cuestionarios escritos<sup>10</sup>. Las fotografías en los domicilios cuentan toda una vida vivida, por presencia o por ausencia, y otros objetos simbólicos refuerzan la identidad y los orígenes de la persona. La enfermedad y la discapacidad pueden cambiar el hábitus de una persona (su aspecto, su postura, su voz...) y su interacción con el mundo. También modifican el aspecto del hogar, donde se van realizando adaptaciones para mejorar el bienestar de los pacientes, convirtiéndose en un recordatorio del deterioro físico del cual el equipo sanitario es testigo a lo largo de la evolución de la enfermedad. El hogar no solo es un espacio: es memoria, es biografía y es dignidad. Cada hogar es una historia propia que forma parte de la identidad narrativa de la persona.

La visita domiciliaria, como parte de la Atención Primaria, tiene un recorrido histórico implícito dentro de la denominación común de “médico de cabecera”; aquel médico que se acerca al cabecero de la cama al servicio del paciente, que transmite el legado de nuestro oficio. Este papel, que ha estado vigente hasta hace pocos años y que se mantiene sobre todo en zonas rurales, está en riesgo de desaparecer.

**El apoyo familiar y/o de la red social** es imprescindible para el sostenimiento de la vida de las personas frágiles en el domicilio. Sobre las cuidadoras no profesionales recae la mayor parte de estos cuidados, tradicionalmente asumidos por la familia y principalmente por mujeres, en un contexto intrageneracional e intergeneracional que permanece en gran medida invisibilizado. Por ello, los cuidados formales e informales están intrínsecamente relacionados con la Atención Primaria en el domicilio. Cuando la atención sanitaria domiciliaria no ofrece una respuesta adecuada o prescinde de su dimensión de cuidados, aumenta la demanda de atención sanitaria, que puede llegar a ser inadecuada, con intervenciones innecesarias y riesgos para la seguridad de la persona. Por otro lado, el conocimiento y la coordinación con el entorno cuidador nos permitirán una atención alineada con los valores y preferencias del paciente, aceptable para él y colaborativa con su entorno, convirtiéndose en un pilar fundamental en la atención domiciliaria<sup>11</sup>.

**Nos encontramos con una gran diversidad de situaciones en la atención domiciliaria**<sup>12</sup>. Esta puede incluir desde personas inmovilizadas y con alto grado de dependencia que requieren siempre atención en el domicilio hasta personas con necesidades de apoyo que, de forma puntual, requieren ser atendidas en el domicilio, como por ejemplo después de un ingreso hospitalario o en la convalecencia de una fractura. La atención puede prestarse de manera proactiva, con una valoración coordinada conjuntamente por los profesionales de referencia del paciente, o bien de manera reactiva ante un problema agudo o descompensaciones clínicas, como la aparición de una úlcera o una exacerbación respiratoria. Este escenario exige que la atención domiciliaria se lleve a cabo con cierto grado de flexibilidad y capacidad de adaptación, para poder responder adecuadamente a las necesidades cambiantes y, a menudo, complejas de un grupo especialmente vulnerable de la población

**La visita domiciliaria** también nos brinda la oportunidad de acompañar a las personas hasta el final de su vida, en un entorno donde las deliberaciones y las intervenciones son mucho más aceptables y eficaces. Las personas, preferentemente, desean poder morir en su casa o permanecer el mayor tiempo posible en su entorno, aquel que les da seguridad, unión, protección y cuidado, rodeadas de las personas que son importantes para ellas<sup>13</sup>.

# Importancia: reflexión, compromiso y futuro dentro de la Atención Primaria

**La Atención Primaria ha sido a lo largo de las últimas décadas** una pieza clave del sistema sanitario, con aportaciones relevantes en ámbitos como la calidad asistencial, la capacidad resolutoria, la calidad de la prescripción farmacéutica, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la satisfacción de los pacientes<sup>5</sup>. Sin embargo, no podemos obviar el deterioro experimentado en los últimos años, debido principalmente a una financiación insuficiente y a la aplicación de dinámicas gerencialistas dentro de las organizaciones<sup>14</sup>. Sobrevivir como médicas de familia en un entorno mercantilizado, de pérdida del generalismo y de colonización de la visión focal con una perspectiva biologicista que implica a menudo romper el vínculo y renunciar al conocimiento acumulado, nos genera sufrimiento, incomodidad y desprofesionalización<sup>15</sup>. La Atención Primaria vive una crisis que viene acompañada de cambios que generan aún más tensión, especialmente en aquellos contextos de mayor vulnerabilidad, como es el caso de las personas atendidas en el domicilio.

**Si reflexionamos sobre la situación actual de la atención domiciliaria**, hoy por hoy es un valor en riesgo que ha perdido cierto protagonismo en la función nuclear de la medicina de familia<sup>16</sup>. Ha habido una serie de cambios que condicionan un nuevo escenario para la atención domiciliaria. Por un lado, los cambios epidemiológicos y sociales hacen previsible un aumento del número de personas a las que será necesario prestar atención domiciliaria. El aumento de la esperanza de vida<sup>17</sup> comporta también un mayor número de años vividos en situación de discapacidad o dependencia. A esto se suma el nuevo rol de la cuidadora principal, que a menudo compagina los cuidados con una actividad laboral, y las transformaciones en los modelos familiares, marcadas por la desaparición de las familias nucleares con parientes cercanos y de las familias con tres generaciones conviviendo. Por otro lado, encontramos a unas profesionales de referencia de los pacientes, las mejor posicionadas para ofrecer una mejor atención, desbordadas en sus consultas. Han desplazado la atención desde la enfermedad hacia una búsqueda sistemática de factores de riesgo en personas sanas<sup>18</sup>, dando respuesta a la inmediatez y relegando el domicilio a un espacio residual e incluso, en ocasiones, entendiéndolo más que como una parte ineludible de nuestro trabajo, como una carga de la que no pueden desprenderse.

**Ante esta situación**, algunos sectores de nuestro colectivo y de estructuras de gestión de Atención Primaria, con el fin de adaptarse al reto de esta nueva modernidad, y atraídos por la fiebre innovadora en reformas y “modelos”, querido reforzar la atención domiciliaria mediante cambios organizativos y dispositivos exclusivos de atención domiciliaria que fragmentan la atención a estas personas y que dejan fuera de rumbo el derecho al beneficio de uno de los atributos más conocidos de la Atención Primaria, la longitudinalidad<sup>19,20</sup>, y corren el riesgo de socavar el sistema que pretenden mejora<sup>21</sup>.

De forma inexplicable, algunas direcciones han impuesto a los profesionales dejar de ver a sus pacientes en el domicilio para ser atendidos por otros profesionales dedicados exclusivamente a este tipo de atención. Las posibles resistencias a asumir la atención domiciliaria por parte de algunos profesionales requieren una respuesta orientada a fortalecer la motivación y fundamentar su práctica, más que respuestas evitativas que aporten soluciones poco adecuadas.

**Lo que queda claro es que, como médicos y médicas de familia,** tenemos un compromiso con las personas a las que atendemos que nos vincula tanto individual como colectivamente. Nos hace más cercanos, más humanos, nos motiva, nos aporta moral y nos obliga a unas buenas prácticas. La atención domiciliaria es también una parte inseparable de la vocación comunitaria de la atención primaria por sus profesionales de referencia, ya que ocupan una posición privilegiada y tienen la competencia. Ir a casa de los pacientes cuando lo necesitan no es una opción, es parte de la atención propia de una médica o un médico de cabecera.

**En 2016, el grupo de Ética** presentó un documento participativo sobre “*Las buenas prácticas del médico y la médica de familia*”<sup>22</sup> a partir del “*Compromiso como médico de familia*” aprobado en 2005. En aquel momento, el documento surgió para promover un hábito de evaluación y mejora de las actitudes y conductas en el día a día en nuestras consultas, para convertirse en una especie de faro que pueda mostrarnos el camino para ser un buen médico o una buena médica de familia.

**En esta línea,** el presente documento pretende reforzar y defender una de nuestras fortalezas más preciadas, nuestro valor profesional más intrínseco: la atención al cabecero de la persona. Pretende reflexionar, desde los principios y valores éticos, en torno a la atención domiciliaria y los conflictos que la desafían en el día a día, con la voluntad de ayudarnos a recuperar el sentido de la Atención Primaria en el reconocimiento del vínculo humano y colectivo, como una bandada que nos guíe para mantener la permanencia simbólica en medio del cambio constante<sup>23</sup>.

**Aunque no lo tenemos fácil,** pese a las tensiones, las dificultades y las incertidumbres, las adversidades, sabemos lo importante que es esta parte de nuestro trabajo, lo importante que es defender su valor ante nuestra sociedad con nuestra práctica, porque el futuro de la Atención Primaria dependerá del valor que esta sociedad nos otorgue.

# Real como la vida misma:

## Situaciones reales, vividas, que nos hacen pensar...



### **"No esperaba tener a todos aquellos desconocidos en su casa".**

Marina tiene 67 años y un cáncer de pulmón metastásico. Desde hace unas semanas ha ido presentando un deterioro progresivo del estado general, pero desde hace 2 días le cuesta mucho levantarse de la cama, ha empeorado el dolor lumbar y ha avisado para que su médica la visitara en el domicilio.

Cuando su pareja abre la puerta, casi se cae de espaldas: en el rellano hay al menos 5 personas con bata, de las cuales solo conoce a su médica. Le dicen que han venido una enfermera, una estudiante de enfermería, un médico residente y la trabajadora social.

Marina se pone nerviosa e intentan que la visita termine lo más rápido posible.



### **A Carmen le cambian los referentes sin preguntar.**

Carmen tiene 91 años, una enfermedad pulmonar obstructiva crónica con exacerbaciones frecuentes y una estenosis severa del canal lumbar que la obliga a desplazarse en silla de ruedas. Lleva dos años en el programa ATDOM y durante el último año se han realizado varias visitas domiciliarias tanto por exacerbaciones como por una caída.

Hoy, excepcionalmente, ha acudido acompañada de su hija al centro de salud para la extracción de unos tapones de cerumen.

Su enfermera y su médica de referencia la conocen desde hace once años. Han compartido el duelo de su nieto y de su marido. Han tenido muchas conversaciones sobre la muerte y sobre la vida, porque hablar de la muerte es también hablar de la vida.

La médica no sabe cómo decírselo... hace un mes la dirección del equipo ha implementado un cambio organizativo en la atención domiciliaria y Carmen pasará a ser atendida por otros profesionales.

Finalmente, la enfermera les explica los cambios a ella y a su hija:

*"Carmen, a partir de ahora ya no seremos su médica y enfermera de referencia; pasará a un equipo específico de atención domiciliaria, estará muy bien atendida..."*

Carmen mira a su médica, que ha permanecido en silencio, y pregunta: "¿Y eso, a qué se debe, doctora?"

**● A Blanca la había visto todos los días, pero no había percibido su necesidad hasta hoy.**

La administrativa del equipo avisa a Blanca, una médica del centro, porque hay una persona en el banco del parque frente al centro que requiere ayuda. Rápidamente se acercan junto con la enfermera para valorarla. Reconoce a un hombre al que desde este invierno suele ver cada mañana pernoctando en ese banco cuando entra a trabajar por la mañana. Nunca se ha acercado a preguntarle su nombre ni cuánto tiempo lleva viviendo en la calle. Lo exploran allí mismo. Está obnubilado y sudoroso. A la exploración presenta fiebre, taquicardia, taquipnea y una saturación de oxígeno del 91%. A la auscultación pulmonar hay crepitantes en la base derecha. Probablemente tiene neumonía y se decide su traslado en ambulancia

**● Pere prefiere asegurarse, pero quizá sin escuchar lo suficiente.**

Pere es residente de medicina de familia de tercer año en el centro de salud. Hoy está de guardia de domicilios. Cuando llama un paciente domiciliario porque sufre un proceso agudo o un empeoramiento de sus enfermedades crónicas, le toca acudir a él. Le avisan porque una señora de 92 años presenta una infección bronquial. Al explorarla encuentra crepitantes en las bases y la deriva a urgencias porque la ve «justita». La cuidadora intenta negociar un seguimiento en casa, pero Pere no lo ve claro.

**● Condena, drogas, VHC y síndrome tóxico.**

Antonio, de 68 años, cumple condena en un centro penitenciario desde hace cinco años. Había consumido drogas por vía parenteral en su juventud y presentaba VHC. Desde hace un año su médica en prisión le diagnosticó un hepatocarcinoma tras un síndrome tóxico. Ahora se encuentra en situación de últimos días y necesita agradecerle cómo lo ha acompañado todos estos años. No tiene familia y será trasladado a una cama de hospital para poder morir en libertad.

**● Óscar no puede contactar con su CAP**

Óscar tiene 78 años, sufrió un ictus con una secuela de trastorno de la marcha y vive en un piso con escaleras. Acude a la consulta presencialmente, pero a veces, cuando tiene algún proceso agudo o se encuentra más cansado, necesita atención domiciliaria. Esta mañana se ha levantado con fiebre y malestar general, se encuentra muy débil. Lleva dos horas intentando contactar telefónicamente con su CAP para hablar con su médica, pero no hay manera.

**● Jofre evitó el domicilio, pero el diagnóstico llegó igual.**

Jofre es médico de familia en un centro de salud urbano. Un día recibe una llamada: un paciente suyo ha solicitado una visita domiciliaria. A Jofre no le gustan demasiado las visitas a domicilio. El paciente refiere que tiene tos desde hace unos días y hoy ha empezado con fiebre. Jofre gestiona la atención por vía telefónica y lo orienta como una infección respiratoria vírica, pautando tratamiento sintomático. Días más tarde, el paciente acude a consulta con el informe de alta hospitalaria tras haber ingresado por una neumonía.

 **Clara duda si podrá acompañar el final de vida.**

Clara es médica de familia desde hace 5 años en un centro de salud urbano. Cesca es una paciente de 95 años de su cupo, con demencia tipo Alzheimer, que vive con su hija Teresa, su principal cuidadora. Ayer la hija la llam  porque Cesca est  muy apagada y ha dejado de comer. Hoy Clara acude al domicilio. La paciente est  tranquila, pero por las noches se agita y ha empezado con dificultad respiratoria. Clara hace tiempo que no acompaña a ningún paciente en el proceso de morir en el domicilio y le preocupa si sabr  dar el apoyo necesario.

# Consideraciones Éticas

La ética cívica expone que la sociedad se organiza para garantizar unos derechos a través de las instituciones. Las instituciones que garantizan el derecho a la protección de la salud tienen el deber de proveer atención sanitaria de calidad para todas las personas de forma equitativa, y también de la manera más coste-efectiva posible, atendiendo al principio ético de justicia. Es necesario neutralizar la ley de **cuidados inversos de Tudor Hart**<sup>24</sup>: las personas que, por su enfermedad o discapacidad, tienen dificultades para salir de casa deben tener también garantizado su derecho a la protección de la salud. La atención domiciliaria sanitaria sirve a este propósito (Anexo 1).

## Desglosando el eje de principios

### Justicia

La justicia es el principio que vertebra la no discriminación de las personas en su vida social. La Constitución española explicita el derecho a la protección de la salud, que se articula en diferentes leyes. Proveer una atención digna y adecuada a las necesidades de aquellas personas que no pueden desplazarse al centro de salud es, sobre todo, una cuestión de justicia. Son personas que suelen tener un mayor grado de fragilidad y debemos garantizar que podemos dar respuesta a sus necesidades de la forma más equitativa posible, con el fin de combatir la ley de cuidados inversos.

### No maleficencia

Tiene relación con el respeto a la integridad física y psíquica de las personas. No proporcionar una atención en el momento y en el lugar en que se necesita es maleficente. Desatender a las personas que no pueden llegar al centro de Atención Primaria sería una acción maleficente. Es importante que, llegado el momento de atender a la persona en el domicilio, quienes mejor conocen a esa persona a lo largo de su vida y a su familia su enfermera y su médica sean quienes continúen acompañándola para asegurar la longitudinalidad y minimizar el riesgo de iatrogenia. La ruptura de una relación de confianza daña a los pacientes y se asocia con insatisfacción y con un uso inadecuado de recursos<sup>25</sup>.

## Autonomía

Como la define Diego Gracia, *"la autonomía es la capacidad de realizar actos con conocimiento de causa y sin coacción"*. El principio de autonomía es un principio de máximos, que tiene que ver con la ética privada, de compromiso con uno mismo y con el propio proyecto personal. El principio de autonomía puede entrar en conflicto con el principio de justicia y de no maleficencia. Por ejemplo, si una persona que no tiene ninguna barrera para ser visitada en el centro de salud solicita ser atendida en el domicilio, esto puede ir en detrimento de la justicia, ya que se está privando del recurso a alguien que lo necesitaría más. Como profesionales sanitarios debemos respetar la capacidad de decisión de forma libre e independiente de la persona que necesite ser atendida en el domicilio siempre que así lo manifieste y no entre en conflicto con otros valores esenciales. La elección de médico que es posible en un centro también debería ser posible en la atención domiciliaria.

En cuanto a los profesionales, es necesario dotarlos de mayor autonomía, capacidad de autogestión, y proporcionar más tiempo para la atención de las personas en el domicilio y para coordinar su atención cuando requiera otros recursos.

## Beneficiencia

La beneficencia tiene una gran relación con la autonomía, ya que aquello que es beneficioso lo es para mí y en aquella situación concreta. Depende del propio sistema de valores. Es, por tanto, también un principio de máximos. No se puede "hacer el bien" a alguien contra su voluntad y, al contrario, sí estamos obligados a no hacerle daño (no maleficencia). Si conocemos los beneficios en salud de la longitudinalidad, deberíamos organizarnos de la forma más fiel posible en torno a ella. Los beneficios también existen para las profesionales, que pueden encontrarse en situación de pérdida de sentido o desubicación por la crisis de valores del mundo moderno y, precisamente, el reconocimiento del vínculo humano y colectivo puede ayudarnos a revalorizar el presente con una permanencia simbólica en medio del cambio constante.

## Desgranando los valores de las profesionales de Atención Primaria

### Lealtad

*“Dándole información clara y sincera de sus problemas de salud, las opciones, riesgos y beneficios previsibles y mi consejo, atendiendo a sus necesidades y creencias”.* Por tanto, la lealtad sirve para construir la confianza necesaria y el conocimiento mutuo que facilitarán el apoyo a la toma de decisiones en los momentos más delicados.

### Dedicación

*“Haciendo de la atención a su salud el centro de mi interés profesional”, “mantener su interés en la atención del paciente, priorizando su beneficio a la hora de organizar la actividad asistencial (...) incluso flexibilizando su horario de atención si lo considero necesario.”* La atención domiciliaria implica dedicar el tiempo y el esfuerzo a quien lo necesita cuando lo necesita, estar atento a los pacientes crónicos o complejos que no consultan pero que también requieren atención.

### Honradez

*“Manteniendo mis conocimientos al día, consultando cuando sea necesario a otro profesional de confianza y evitando que otros intereses personales alteren este compromiso”.* El paciente en atención domiciliaria suele ser una persona con múltiples enfermedades crónicas y necesidades complejas. Atendiendo a la honradez, el profesional debe invertir en su formación para dar respuesta a estas necesidades, ser consciente de sus limitaciones, hacer partícipe al paciente de ello y consultar a compañeros más experimentados cuando sea necesario.

### Equidad

*“Tratando a todo el mundo con el mismo interés y haciendo buen uso de los recursos de los que dispongo para el conjunto de la ciudadanía”.* Aristóteles la definía como *‘la justicia aplicada al caso concreto’*, la regulación de la norma atendiendo a la particularidad del caso, doblando su rigidez, ya que si se aplicara de la misma forma en todos los casos, la convertiría en injusta”. Por tanto, implica detectar necesidades para poder asignar recursos, lo cual no debe tener relación con la demanda ni con los deseos de las personas atendidas. En una situación de fragilidad, cuando el paciente necesita atención domiciliaria, se debe asegurar que pueda recibir la atención que necesita. Se trata de evitar la “ley de cuidados inversos” enunciada por

## Equidad

Tudor Hart: que la condición de paciente que no puede acudir al centro sanitario no implique que sus necesidades de atención queden desatendidas, o que pasen por delante las necesidades de personas con problemas menos importantes por el hecho de encontrarse presencialmente en el centro de Atención Primaria. Pero también implica valorar las necesidades tanto a nivel individual como familiar y comunitario, para poder ir más allá de lo curativo o preventivo personal e impactar en otros determinantes de la salud. También será necesario cubrir las necesidades del resto de la comunidad que no requiere atención domiciliaria, siendo coste-efectivos.

## Prudencia

*“No actuando sin información adecuada, ni recomendando acciones poco probadas, de utilidad o seguridad dudosas o que aporten más riesgo que beneficio. La prudencia es la virtud de decidir lo que es óptimo en cada caso concreto. Es el valor más asociado al principio de no maleficencia, que nos obliga, ante todo, a no provocar daños con nuestra actuación profesional”.* Este valor es fundamental en las personas frágiles, en las que es necesario, por encima de todo, evitar la iatrogenia, las derivaciones, pruebas y tratamientos inadecuados. Dejarse llevar por el ritmo de la persona e incorporar al mismo tiempo a la familia en una dinámica serena.

## Proximidad

*“Tratándolo con calidez, afecto y cortesía, procurando comprender sus emociones y mantener la serenidad en los momentos difíciles. Significa aceptar incondicionalmente al otro sin juzgarlo, acompañarlo en el proceso de vivir, enfermar, envejecer y morir, entendiendo que acompañar y ofrecer consuelo es una de las tareas más importantes del médico de familia. La proximidad es tratar al paciente en sus circunstancias de vida, en su contexto, con su familia y sus preocupaciones”.* El domicilio nos acerca y nos facilita tener una visión biopsicosocial lo más completa posible, de sus creencias y valores tanto del paciente como de su familia. ¿Qué imagen puede mostrar mayor proximidad que la del profesional en el cabecero del paciente?

## Respeto

*“Respetando su dignidad, su derecho a decidir su intimidad y la confidencialidad, guardando secreto de la información que conozco de su persona. El respeto a la dignidad del paciente, a la intimidad física y emocional, a que todo aquello que se deriva de la relación asistencial esté sujeto al secreto, a su autonomía en la toma de decisiones sobre su salud y su vida, son aspectos fundamentales para construir una relación de confianza”.* No discriminar, no prejujuar, conocer y respetar sus valores para incorporarlos a la toma de decisiones, no abandonar, evitar que personas ajenas al acto asistencial estén presentes sin consentimiento... son conductas que un buen médico de familia debe aprender y esforzarse en practicar. Entrar en el domicilio es atravesar la línea de la privacidad, entendida como un espacio relacional compartido, y se dan las condiciones más adecuadas para poder acceder a esferas de la intimidad personal que son propias e intransferibles. El respeto hacia la privacidad y la intimidad en este espacio es fundamental para seguir construyendo la relación.

Las instituciones y los cargos directivos deben preservar estos valores para facilitar la mejor atención a las personas y a los profesionales<sup>26</sup>.

## Cuestiones polémicas

### *¿Qué conflictos puede encontrar la médica de familia (o la profesional de Atención Primaria) en la atención domiciliaria?*

***Cuando el sistema sobrecarga a las profesionales y esto afecta a la accesibilidad de las personas que requieren atención domiciliaria.***

El tiempo disponible en el día a día es limitado. La visita domiciliaria implicará un tiempo superior solo por el hecho de requerir un desplazamiento por parte del profesional. Por una cuestión de equidad y justicia no se puede priorizar a las personas que pueden acudir a la consulta por encima de las que esperan la visita en el domicilio: la priorización deberá basarse en las necesidades de atención que presentan. La atención domiciliaria alcanza a una parte importante de pacientes ocultos, pacientes olvidados por el sistema sanitario. Se debe reservar un espacio de tiempo diario para las personas que precisan atención domiciliaria, teniendo en cuenta tanto el número de personas en seguimiento domiciliario como la estacionalidad a la hora de distribuir las tareas, planificando actividades en épocas de menor demanda aguda según cada centro. Algunas estrategias para conseguirlo son: evitar empezar el día con una consulta programada hipertrofiada, no realizar prácticas de bajo valor que pueden llegar a ser maleficientes (como actividades preventivas con escasa evidencia), reducir los exhaustivos protocolos de seguimiento de patología crónica a aquello que realmente aporta salud al paciente, trabajar con una óptica de prevención cuaternaria y responder de manera racional a la demanda aguda en función del problema de salud de los pacientes. Las escaleras que mejor definen a las personas que se encuentran en el domicilio son aquellas que limitan su autonomía, las que como profesionales tendremos que subir para poder acceder a ellas. *“Es formidable estar oculto, pero es desastroso no ser descubierto”*, como dice Richard Sennett.

Atendiendo a la justicia, pero también al compromiso con la población y la dedicación a los pacientes, será necesario que las direcciones faciliten la flexibilidad y la autonomía de los profesionales sobre su tiempo diario para poder dar una respuesta equitativa a todas las personas que debemos atender, teniendo en cuenta aspectos como la dispersión geográfica y las necesidades de la población con atención domiciliaria.

### ***La atención domiciliaria, ¿una atención más compleja?***

La atención domiciliaria implica atender a personas que no pueden desplazarse al centro. Debemos distinguir entre la complejidad clínica, que puede ser la misma que en la consulta, y la complejidad que comporta el contexto en el que se produce la atención, por desarrollarse fuera de la zona habitual de confort del profesional, donde se convierte en un invitado. La incertidumbre que sentimos en la casa o en la calle, el desplazamiento de poder, las emociones cuando no hay mesas ni batas que nos distancien y la soledad en la toma de decisiones. Por otro lado, la longitudinalidad y la confianza generada nos ayudarán a manejar mucho mejor esta situación. En el domicilio debemos ponernos las “gafas del domicilio” para proporcionar una atención de calidad al problema de salud de la persona, con una buena anamnesis y exploración física, en ausencia de los mismos recursos que habitualmente tenemos en la consulta (ordenador, camilla...), pero poniendo todos los medios necesarios al alcance (ECG o

ecografía portátil, telemedicina, cirugía menor, analíticas...). La atención en el domicilio también tiene ventajas respecto a la atención en la consulta.

Conocer el entorno físico, las personas que participan en los cuidados y las dinámicas familiares permite clarificar y detectar y por tanto prevenir o abordar situaciones que enferman, pero también encontrar factores de resiliencia del paciente.

Igual que en la consulta, es necesario escuchar con atención, con un interés genuino por la persona y su entorno. También será necesario realizar la exploración física con las condiciones más rigurosas (quizá haya que pedir que se traslade a la cama para palpar el abdomen o que se apague el televisor). Será importante comunicar con honradez y humildad las posibilidades de realizar un adecuado manejo clínico con lo que tenemos en el domicilio, y estar disponibles para coordinarnos con otros profesionales o equipos de apoyo en caso de ser necesario.

### ***La privacidad y la intimidad del paciente y sus convivientes en la atención domiciliaria.***

El domicilio es el espacio privado de la persona, y «resguardar la intimidad de la persona implica su reconocimiento como sujeto, sin reducirlo a la condición de enfermo o a su enfermedad»<sup>27</sup>. Por respeto a la persona, es necesario mantener la confidencialidad tanto de los aspectos de salud como de aquellos aspectos de su vida de los que nos enteramos por haber accedido al domicilio<sup>28,29</sup>.

El derecho a la privacidad en el domicilio está reconocido en la Constitución española de 1978, en el artículo 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.»

Para acceder al domicilio es fundamental la relación de confianza y responsabilidad. Es necesario respetar a los pacientes y avisar siempre de cuándo y quién acudirá, especialmente cuando no sea el equipo habitual, y solicitar siempre permiso, sobre todo en los casos en que quien acude no está directamente implicado en la atención, como estudiantes o residentes.

También debemos ser respetuosos y discretos con la persona tanto durante la entrevista como durante la exploración física para generar confianza. Hay que ser prudentes y sensibles, y pedir consentimiento respecto a su entorno afectivo, preguntar si desea que estén presentes durante la visita o la exploración, y qué información quiere compartir con ellos... La fragilidad física y la pérdida de alguna capacidad cognitiva pueden llevar a que se produzca cierta exclusión de la persona en las conversaciones sobre la evolución previsible o las perspectivas de futuro. Es necesario prestar atención a esta situación y gestionarla con delicadeza.

Por otro lado, contar con permiso para entrar en el domicilio y compartir esta privacidad permite ofrecer una atención de proximidad, y se dan las condiciones más favorables para acceder a esferas más íntimas de los valores morales de la persona. Se puede enriquecer la relación entre profesional y paciente a través de estos contactos en un entorno donde el profesional se siente invitado, y donde la conversación puede alejarse más fácilmente de los aspectos biomédicos para entrar en otros más biográficos y vivenciales.

### **La toma de decisiones en el domicilio.**

La conversación con el paciente en su domicilio puede facilitar que surja una reflexión sobre cómo ir afrontando las posibles situaciones que pueden presentarse en el futuro, sobre todo cuando se produzca una fragilidad clínica. Es necesario promover el ejercicio de la autonomía personal y que la persona pueda expresar si, en caso de que las cosas se compliquen, prefiere y dispone de los medios para ser cuidada en casa, o si será necesario derivarla a un centro de atención sociosanitaria. Como profesionales disponemos de dos herramientas imprescindibles para promoverlo: el Documento de Voluntades Anticipadas (DVA) y la Planificación Anticipada de Decisiones, que se ven favorecidas por la longitudinalidad y por un entorno más propicio para hablar de deseos y preferencias al final de la vida, como es la visita domiciliaria. Si el paciente lo desea, puede ser adecuado implicar a las personas del entorno, tanto convivientes como red afectiva, para que conozcan la voluntad del paciente y así garantizar su cumplimiento en caso de que el paciente pierda la competencia.

Una situación inesperada (como una complicación no prevista) puede conducir a tener que tomar una decisión que no haya podido ser deliberada previamente. En este caso, el papel del profesional puede ser plantear las diferentes posibilidades teniendo en cuenta los valores y preferencias del paciente, sus comorbilidades y su situación de dependencia. Es necesario acompañar la decisión del paciente, realizando una ponderación adecuada del riesgo-beneficio de la derivación hospitalaria, siempre en beneficio de la persona y evitando la futilidad y la iatrogenia. Se trata de un equilibrio difícil entre evitar el paternalismo (no decidir por el paciente) sin caer en el abandono propio del autonomismo (*"usted haga lo que le parezca, yo ya le he explicado las opciones"*).

### **Cuándo no se puede garantizar la dignidad de la persona en el domicilio.**

Cuando la persona es autónoma y no tiene la competencia afectada, puede decidir cómo vivir, con el límite de no ocasionar daños a terceros. Todas las personas deben ser respetadas como sujetos morales autónomos, responsables de sus propias decisiones. Nadie puede coartar la libertad moral de los individuos. La primera obligación moral es responder ante la propia conciencia del propio proyecto de vida<sup>30</sup>.

Puede ser que el profesional detecte carencias en la vivienda, por falta de personas cuidadoras, por falta de recursos o por las condiciones del domicilio... ¿Quién decide qué es digno y qué no? ¿Cómo protegemos al paciente, por ejemplo, en una situación de deterioro cognitivo en la que "no puede vivir solo en su domicilio" pero "no quiere marcharse"? Es necesaria una valoración ponderada de la competencia y de los valores y preferencias del paciente, teniendo en cuenta su trayectoria vital. No podemos cerrar los ojos ante una situación de vulnerabilidad; debemos ser capaces de pedir ayuda y poner medios para proteger a la persona siempre que valoremos que existe una situación de riesgo, ya sea por violencia o por falta de apoyo y precariedad extrema que resulte maleficente para la persona, atendiendo a nuestro compromiso y lealtad con el paciente.

### ***Cuando somos testigos de que la presencia de una persona en el domicilio representa un riesgo para terceros o para sí misma...***

En el caso de que el hecho de mantener a una persona en el domicilio represente un peligro para terceras personas concretas, la autonomía del paciente pasa a un segundo plano y debemos intentar convencer a la persona de la necesidad de recibir un tratamiento, por justicia.

En caso de que el paciente no esté capacitado para decidir sobre su situación, o decida permanecer en el domicilio manteniendo ese riesgo, los profesionales tenemos el deber de proteger a terceras personas; es necesario actuar rápidamente y deberíamos plantearnos distintas opciones de actuación, entre las cuales, si no se puede reconducir la situación en el domicilio, está el traslado involuntario de pacientes al hospital. En algunos casos, como por ejemplo en demencias avanzadas con trastornos conductuales, se debería intentar contener la situación en el domicilio el máximo posible, y valorar si es necesario pedir ayuda a equipos de soporte, o si se consigue mitigar el sufrimiento en el domicilio... Por prudencia, se deben evitar desplazamientos involuntarios que podrían empeorar el estado confusional, pero tampoco podemos abandonar al paciente y a la familia si la situación no mejora.

### ***La atención domiciliar es urgente.***

La atención domiciliar requiere tiempo y organización, pero no siempre se puede prever y programar previamente. Un paciente domiciliar puede descompensarse y requerir una valoración urgente en el domicilio. También puede ocurrir que una patología aguda genere problemas para desplazarse al centro en personas que habitualmente pueden acudir, como en el caso de una crisis vertiginosa o una lumbalgia aguda, pero también en situaciones de alta hospitalaria, cirugías intercurrentes o situaciones psicosociales graves. En estos casos, los profesionales de referencia deben poder dar asistencia en el domicilio con la mayor celeridad posible, bien por iniciativa del paciente o bien por la nuestra, lo que supone un reto organizativo que implica flexibilidad. Cuando la atención la realiza la UBA de referencia aporta equidad, eficiencia y no maleficencia (prevención de la iatrogenia), que son beneficios de la longitudinalidad, así como lealtad y proximidad.

Sin embargo, es necesario valorar si la situación requiere realmente atención domiciliar, es decir, si esta es adecuada y necesaria. En caso contrario, se trataría de un mal uso de recursos y tiempo de los profesionales, y atendiendo a la justicia y a la ética de la negativa será importante que el paciente comprenda que, por responsabilidad, no se puede hacer un uso inapropiado de la atención domiciliar.

### ***Cuando la seguridad del profesional en el domicilio no está asegurada.***

Puede ocurrir que una persona con antecedentes de violencia contra el personal sanitario pase a requerir atención domiciliar. También puede ser que tengamos que visitar a una persona que pueda actuar de forma violenta. O que un domicilio que se preveía tranquilo cambie de repente la situación, ya sea por el paciente o por algún acompañante, y se genere una nueva amenaza.

La atención sanitaria es un entorno en el que pueden producirse agresiones verbales o físicas, pero el domicilio, con su aislamiento y al estar fuera de la zona de confort, puede hacer que el profesional se sienta aún más vulnerable.

La atención sanitaria debe garantizarse también a las personas con antecedentes de conducta violenta, por lo que no se puede abandonar a un paciente por este motivo. En caso de que pueda preverse, habría que adoptar medidas protectoras, como acudir acompañado al domicilio o incluso requerir a las fuerzas de seguridad si fuera necesario, ya sea en la puerta de la vivienda o dentro de ella, en proporción al grado de amenaza<sup>31</sup>.

En caso de producirse una agresión o amenaza, es necesario compartirlo con el equipo para decidir las medidas de protección y evitar que vuelva a repetirse.

El miedo a las agresiones no debe frenar el desarrollo de nuestra atención domiciliaria, por lealtad a la población que atendemos, pero es conveniente que las instituciones dispongan de protocolos de protección de los trabajadores, formación en técnicas de contención verbal y de cómo afrontar situaciones de agresividad<sup>32</sup>.

### La atención en los “otros domicilios”.

En este apartado queremos incluir a aquellas personas que, o bien no tienen domicilio, o bien están institucionalizadas en domicilios colectivos como residencias o viviendas tuteladas, o bien se encuentran en centros penitenciarios. En todos los casos, por su especial vulnerabilidad, deberá ser una prioridad intentar mantener la longitudinalidad y la accesibilidad.

#### *Quando el domicilio es la calle.*

La atención a las personas en riesgo de exclusión social y en situación de sinhogarismo debería ser una prioridad en los circuitos asistenciales y recibir una atención adaptada a sus necesidades por equidad.

La vivienda es un bien imprescindible para que una persona pueda desarrollar un proyecto de vida digno de manera autónoma. La situación de vulnerabilidad de las personas sin hogar tiene un claro impacto sobre su salud, con una mortalidad más precoz que conlleva una menor esperanza de vida, así como una mayor prevalencia de enfermedades mentales, adicciones y enfermedades infecciosas transmisibles<sup>33</sup>.

Como profesionales sanitarios tenemos la responsabilidad y el compromiso de llegar a estas personas, y es imprescindible que podamos garantizar su accesibilidad y longitudinalidad. Siempre que pernocten en nuestra zona, serán personas que deben ser atendidas en nuestro centro. Sin embargo, a menudo, cuando acceden a los centros, se encuentran con una atención basada en prejuicios y, en algunos casos, con violencia institucional. Las personas en situación de sinhogarismo presentan condicionantes como su itinerancia, la desconfianza, el miedo al estigma e incluso la vergüenza, que pueden dificultar que se dirijan a los profesionales sanitarios para consultar. También están condicionadas por su día a día en la calle: tener que cuidar el lugar donde duermen, los horarios de comida, con quién dejar a su animal de compañía y sus pertenencias, la pérdida de la orientación temporal, lo que hace que estas personas no se ajusten a la organización rígida de los equipos. Para revertir la ley de cuidados inversos, por equidad

y por lealtad, podemos planificar y llevar a cabo acciones adecuadas para romper las barreras a sus necesidades y expectativas, como por ejemplo dar flexibilidad horaria a la hora de ser atendidos e incluso poder evitar la sectorización, es decir, que solo puedan ser atendidos en el centro al que están asignados, lo que se ha denominado CAP zero<sup>34</sup>, para crear vínculo y favorecer la confianza con los profesionales de referencia. En el marco de la atención comunitaria debemos ser capaces de salir de la consulta, mostrar proximidad para ir a encontrar a estas personas que habitualmente no acuden, aunque a menudo tienen mucha necesidad de cuidados, y así ofrecerles nuestro apoyo con “los domicilios en la calle”. La Atención Primaria es proximidad: debemos vincularnos a la comunidad a la que atendemos, salir de las consultas y caminar por las calles de nuestros barrios y pueblos.

### ***Cuando las personas viven en un centro residencial.***

Las personas que viven en centros residenciales, tanto de personas mayores como de personas con discapacidad, presentan una alta carga de enfermedad crónica, una situación de dependencia elevada y una mayor necesidad de cuidados. Es un colectivo especialmente vulnerable y frágil. En estos domicilios necesitamos que realmente exista una integración adecuada, segura y eficiente de los servicios sanitarios y sociales. Por ello, desde el punto de vista de la justicia, es importante que no sean discriminadas por el hecho de vivir en una residencia: deben tener acceso al sistema sanitario y mantener sus referentes de Atención Primaria (siempre que sea posible en función de la ubicación de la residencia), lo cual es más eficiente, justo y benéfico que adscribirlas a recursos específicos sectorizados de atención. En realidad, los centros residenciales deberían comportarse como un cambio de domicilio de las personas, donde los cuidados están profesionalizados.

Está demostrado que el domicilio es, en general, un entorno más seguro para la persona que una residencia. Para poder ofrecer una correcta atención a estas personas con tanta carga de enfermedad o dependencia es importante que los cuidados estén asegurados y se disponga de un número adecuado de profesionales, tanto por parte del centro residencial como de los equipos de Atención Primaria. No podemos obviar las responsabilidades de la administración en la dotación de los recursos necesarios para proporcionar una buena atención.

Las profesionales de Atención Primaria deben trabajar codo a codo con las del centro residencial: deben conocer y compartir los cuidados que precisan, la carga de enfermedad y dependencia de las personas que allí viven, atendiendo al principio de no maleficencia. Por prudencia, es necesario evitar acciones y tratamientos fútiles: en estos pacientes es imprescindible evitar una atención fragmentada con derivaciones a urgencias u hospitalizaciones innecesarias, que son el escenario perfecto para la obstinación terapéutica y la iatrogenia. Debemos procurar ser fieles a los residentes, no abandonarlos y velar por aliviar su sufrimiento.

### ***Cuando la persona está privada de libertad.***

El deber ético y jurídico de la Administración es velar por la salud, los derechos fundamentales y la reinserción social de las personas internas. La asistencia sanitaria penitenciaria debe garantizar que todos los internos dispongan de una atención equivalente a la que recibe el conjunto de la población. Los profesionales que trabajan en el ámbito penitenciario atienden a personas privadas de libertad, con unas condiciones

de vida duras y habitualmente con determinantes sociales adversos previos al ingreso en prisión, que favorecen la enfermedad. Es necesario que las profesionales que atienden a personas condenadas, ya sea en régimen abierto en centros comunitarios o en el ámbito penitenciario, lo hagan con respeto y con la misma calidez y cercanía que a quienes no han sido condenados. Nuestro papel es cuidar, no juzgar; la dignidad y el derecho a la salud no se suspenden con la condena. Si el hecho de conocer el delito genera una imposibilidad o dificultad para proporcionar una buena atención, debe manifestarse y buscarse a un profesional que no tenga ese condicionante. Aun así, debemos intentar asegurar la continuidad asistencial mientras no pueda ser atendida por sus profesionales de referencia fuera de la prisión, y mantener una comunicación fluida entre todas las profesionales, ya que a menudo, los sistemas de información entre el ámbito penitenciario y el sistema sanitario no están compartidos.

En algunos casos, como el rechazo del tratamiento o el alta voluntaria, la autonomía puede entrar en conflicto con la tutela del sistema judicial, que debe velar por la vida y la integridad de estas personas. Un momento especialmente delicado es el final de la vida, no pueden morir en prisión y deben ser trasladadas fuera para poder morir en libertad.

### **Cuando se fragmenta la atención domiciliaria en Atención Primaria.**

La fragmentación de la atención domiciliaria consiste en cambiar a los profesionales referentes de los pacientes cuando estos requieren atención domiciliaria, mediante la creación de equipos específicos para realizar esta tarea. Esta fragmentación plantea una serie de aspectos éticos tanto generales como más concretos que debemos tener en cuenta.

### **Cuando se rompe la longitudinalidad.**

Los beneficios de la longitudinalidad sobre la salud de las poblaciones, en comparación con otras formas de organización, son ampliamente conocidos. Existe evidencia sólida de que la longitudinalidad se relaciona con un menor uso de los servicios sanitarios, de los servicios de urgencias y de los ingresos hospitalarios, y se asocia con una disminución de la mortalidad, especialmente en personas con mayor carga de enfermedades crónicas, con una relación dosis-respuesta. Por la salud de la población, por equidad (supone el uso más óptimo de los recursos) y por no maleficencia (evita la iatrogenia), es necesario que las instituciones promuevan la longitudinalidad en su organización y prestación de servicios<sup>35</sup>.

A lo largo de los años de relación terapéutica se va acumulando, además del conocimiento clínico, lo que se denomina “conocimiento gris”: a partir de historias de vida compartidas, gracias al hecho de ser testigo de los momentos vitales importantes de las personas, se va adquiriendo información sobre la manera de vivir y de enfermar, así como sobre la forma de sanar y de seguir adelante.

De cara al paciente, es muy injusto y claramente maleficente que, por el hecho de perder la posibilidad de acudir al centro, se le prive de los beneficios de la longitudinalidad. En un momento de fragilidad perderá la relación con sus profesionales de referencia, perdiéndose todo el “conocimiento gris”, imposible de registrar en la historia clínica, y tendrá que volver a empezar el proceso de conocimiento terapéutico con otro

profesional, lo que puede suponer también la disgregación de una familia entre distintos profesionales. Por lealtad y por compromiso con las personas y sus particularidades, debemos defender esta atención a largo plazo por parte de las profesionales de referencia, también en el domicilio.

En el caso de centros con unidades de atención domiciliaria fragmentadas, debemos respetar la autonomía de las personas que manifiestan que desean seguir siendo atendidas por sus profesionales de referencia, y la organización debería facilitar esta posibilidad a los profesionales que quieren seguir realizando sus domicilios.

### ***Cuando los cambios no disponen de evidencia.***

Una de las justificaciones de la atención fragmentada es que las unidades domiciliarias focalizadas tendrían mejores resultados por patología debido a la mayor especialización. Sin embargo, la paradoja de la Atención Primaria demuestra que no es así: una Atención Primaria basada en la longitudinalidad y la integralidad obtiene mejores resultados de salud poblacional, con menor gasto y mayor equidad, a pesar de que las atenciones focales puedan mostrar mejores resultados en parámetros muy concretos, que suelen ser indicadores de proceso y de registro<sup>36</sup>.

Por equidad y no maleficencia, debemos valorar el coste de oportunidad de estas unidades. Si no existe evidencia para nuevas formas de organización y si la atención domiciliaria realizada por las propias profesionales de referencia responde a una mejor atención longitudinal, con las importantes evidencias disponibles, proponer estas nuevas formas de organización de la atención domiciliaria puede volverse maleficiente. Actualmente no hay estudios que demuestren su eficacia en indicadores de salud poblacional. Tampoco hay evidencia de que estos cambios supongan un alivio de la carga para el resto de profesionales o si, como suele ocurrir cuando se verticaliza la atención, aumentan las cargas del resto de profesionales, que acaban saturándose.

También afectaría a la equidad si los horarios de las unidades focalizadas fueran más restringidos que los ofrecidos al resto de la población (por ejemplo, solo en turno de mañana), si estas unidades realizan un número protocolizado de visitas no justificadas por la necesidad de salud del paciente o con un uso innecesario de profesionales (por ejemplo, acudir médico, enfermera y trabajadora social a un domicilio que puede ser resuelto adecuadamente por la enfermera). La equidad y probablemente la no maleficencia se ven comprometidas, porque los contactos con el sistema sanitario no necesarios aumentan la posibilidad de iatrogenia.

### ***Cuando se vulneran los derechos de los pacientes y los atributos profesionales***

La existencia de las unidades de atención domiciliaria vulnera los atributos profesionales de la Atención Primaria, ya que impide la longitudinalidad y la accesibilidad con el profesional de referencia, pero al mismo tiempo también afecta a su integralidad. El profesional que deja de hacer domicilios pierde capacidad clínica de resolución de problemas de salud fuera del entorno de la consulta, de acompañamiento de la enfermedad y del final de la vida en el domicilio; en definitiva, pierde competencias. También los profesionales de Atención Primaria que trabajan en estas unidades pierden integralidad y competencias. La formación integral y continuada es uno de los pilares de la versatilidad de los profesionales en Atención Primaria. La “subespecialización” es

una amenaza al generalismo. Las organizaciones que quieran ser respetuosas con la esencia y los beneficios de la Atención Primaria deben promover e incentivar que los profesionales continúen realizando atención domiciliaria a las personas que atienden, porque entienden que el valor de su práctica es ese compromiso y lealtad con los pacientes a lo largo de la vida.

### ***Cuando dejamos perder nuestro legado, ¿cómo lo transmitimos?***

¿Con qué coherencia transmitimos el legado de nuestra profesión a las futuras generaciones? ¿Cómo enfocaremos la especialidad de medicina y enfermería para que los futuros profesionales entiendan el valor y el contrato implícito que tienen con las personas a las que atienden? ¿Cómo aprenderán a hacer atención domiciliaria los nuevos residentes si sus tutores no la realizan? ¿Lo aprenderán en unidades subespecializadas? ¿Cómo aprenderán a organizarse cuando trabajen en contextos sin estas unidades? ¿Por qué es un requisito que un tutor haga investigación (que claramente puede aprenderse fuera de la consulta) y no lo es que atienda a sus pacientes en domicilio?

La formación y la práctica de la atención domiciliaria realizada por el propio profesional de Atención Primaria debe estar contemplada en los planes de formación de las profesionales de medicina y enfermería de familia y comunitaria, porque es una de las competencias de la especialidad.

Cuando se realizan cambios organizativos que afectan a la esencia de la Atención Primaria, esto puede modificar también el futuro de la especialidad, cayendo en lo que podríamos denominar “maleficencia de futuro”.

### ***Hacer uso de la ética del “sí”.***

Ante cambios organizativos que vulneran estos derechos de los pacientes y atributos de los profesionales, podemos mostrar una obediencia debida o bien, frente a esta confrontación, alzar la voz y mostrar nuestro posicionamiento a favor de aquello que ha demostrado ser beneficioso para las personas: la ética del “sí”, sí a continuar dando atención domiciliaria para reivindicar nuestro rol y flexibilizar nuestro trabajo del día a día.

### ***Culpabilizar a las profesionales***

Algunas profesionales han sido vulneradas ante su negativa a dejar de atender a las personas que no pueden desplazarse al centro. A menudo han recibido poco apoyo de sus equipos, instituciones o sociedades científicas, lo que les ha generado sufrimiento.

Es necesario evitar este trato injusto, especialmente cuando las profesionales han estado defendiendo sus atributos profesionales y no existe evidencia, más bien al contrario, de que una nueva forma de organización de la atención domiciliaria sea mejor para las personas.

Por otro lado, muchas profesionales han aceptado o se han visto llevadas a aceptar estas nuevas formas de organización. De la misma manera, también sería injusto culpabilizarlas por no haber recibido el apoyo suficiente para poder seguir desarrollando su trabajo.

## Acompañamiento al final de la vida.

El mejor lugar para morir es aquel que escoge la propia persona o, si no puede hacerlo, la persona que conoce sus deseos (puede ser el representante designado en las voluntades anticipadas). En el caso de que la persona decida morir en casa, es deber de los profesionales asegurar que sea de la mejor manera posible y hacer uso de los dispositivos disponibles cuando sea necesario<sup>37</sup>.

La mayoría de las personas prefiere morir en su casa. Por ello, la atención domiciliaria está íntimamente ligada al acompañamiento a la muerte. Es un privilegio participar en ofrecer una atención digna y respetuosa a las personas al final de la vida y a sus familias, en el entorno más querido y cercano para la persona, siempre que sea posible. Habitualmente, las personas que requieren atención domiciliaria suelen ser personas frágiles o con enfermedad avanzada con las que se ha podido planificar decisiones en torno al final de la vida. Las profesionales de referencia que han acompañado a la persona a lo largo de su trayectoria biográfica y biológica son quienes probablemente mejor conocen sus preferencias y escala de valores, y pueden realizar el mejor acompañamiento en momentos tan delicados e íntimos. Por lealtad y proximidad, es importante acompañar a esta persona durante el proceso. En todo caso, podemos contar con los equipos de apoyo en los casos más complejos por prudencia y honradez. En estas situaciones también sería beneficioso notificar al resto de profesionales del equipo o a los profesionales de guardia del fin de semana la situación de últimos días, por si se produce el desenlace o aparecen complicaciones. Hay que tener en cuenta que la decisión de estar en casa puede ser revocada en cualquier momento por la persona o por la situación familiar; por tanto, será necesario estar atentos a los posibles cambios.

Por otro lado, con la prestación de ayuda para morir, el domicilio se convierte en el lugar donde mayoritariamente las personas eligen que se les practique la eutanasia. Este hecho también supone una posición privilegiada para las profesionales de referencia del paciente. Es una condición poder estar accesibles para esa persona durante todo el proceso. Es importante que la persona cuente con toda la información disponible desde el principio, como por ejemplo que, en el caso de personas que quieran hacer donación de órganos, en el momento actual no podrán realizar la eutanasia en el domicilio; deberá hacerse en un entorno monitorizado en el hospital.

En cualquier final de vida es importante el apoyo del equipo y de la dirección para poder flexibilizar al máximo y garantizar una buena atención.

La certificación de la defunción también debería ser priorizada por el profesional de referencia de la persona por compromiso y lealtad, y porque es quien dispone de la información para poder cumplimentarla de forma más precisa. Por ello, en caso de éxito sería conveniente intentar priorizar esta atención en el domicilio sin demorarla, por respeto a la familia.

## ¿Cuál es el papel de los equipos de apoyo en Atención Primaria?

Los equipos de apoyo en Atención Primaria son equipos especializados que ofrecen asesoramiento y soporte a los profesionales de Atención Primaria para poder acompañar de manera coordinada junto con los profesionales de referencia. Su papel principal es ayudar y complementar a los profesionales de Atención Primaria.

Es necesario evitar sobrecargar a las unidades de apoyo con casos que pueden ser atendidos por los propios profesionales de referencia, ya que esto supone una falta de equidad y una injusticia: si se destinan a tareas que pueden resolver los equipos de referencia, pierden la capacidad de atender adecuadamente las situaciones complejas para las que realmente están concebidas. Los profesionales de referencia deben mantener la presencia. Es importante una buena comunicación bidireccional e incluso se podrán realizar valoraciones conjuntas en el domicilio desde el primer momento. Entre estos equipos especializados se encuentra, por ejemplo, la atención paliativa domiciliaria, que asesora a los y las profesionales en la atención a pacientes con necesidades paliativas o enfermedades crónicas avanzadas.

Estos profesionales pueden proporcionar atención directa orientada al control de síntomas, el confort y el bienestar de la persona enferma y de su cuidador, y tienen un papel importante en la gestión de casos complejos y en la coordinación de recursos entre niveles asistenciales. En caso de que el profesional de referencia esté ausente (ya sea por vacaciones o incapacidad temporal), la atención domiciliaria debería ser asumida por su propio equipo, que mantiene la responsabilidad sobre sus pacientes; activar en esta situación a los equipos de apoyo podría suponer una elusión de dicha responsabilidad.

## Puntos Clave

- La atención domiciliaria es una función nuclear de la Atención Primaria, que otorga a las profesionales de referencia el privilegio de comprender mejor a la persona, su biografía, el entorno familiar y social, y los determinantes que influyen en su salud.
- Los atributos de la Atención Primaria en el domicilio deben mantenerse por beneficencia y justicia: longitudinalidad, accesibilidad, integralidad y coordinación.
- Las personas frágiles, con enfermedades crónicas o con discapacidad, a menudo no pueden desplazarse al centro. El principio de justicia exige garantizarles un acceso equitativo a la salud, evitando la “ley de cuidados inversos”.
- La atención domiciliaria también se acompaña de principios éticos y valores propios: no maleficencia para evitar daños, especialmente en personas vulnerables; autonomía para respetar las decisiones de la persona y favorecer su participación; beneficencia en función de cada persona; y justicia para garantizar equidad y accesibilidad.
- La persona que requiere atención domiciliaria a menudo “necesita más” que muchas de las que atendemos en consulta: por su fragilidad, dependencia o imposibilidad de desplazarse, es deber de los profesionales y del sistema priorizar su atención.
- La atención en el domicilio no es solo trasladar la consulta; implica adaptarse a recursos limitados, respetar la intimidad, establecer vínculos con los cuidadores y la familia, y supone flexibilidad y compromiso para las profesionales.
- La atención domiciliaria también comporta atender a personas en situación de vulnerabilidad extrema, como personas sin hogar, residentes en centros residenciales o en prisión; se debe intentar mantener la longitudinalidad, la accesibilidad y la atención generalista.
- El vínculo con las profesionales de referencia es la base de la longitudinalidad, que ha demostrado beneficios en las personas; por tanto, será importante organizarnos en torno a ella.
- Acompañar al final de la vida en el domicilio a nuestro paciente es una responsabilidad de las profesionales de referencia. Es importante garantizar un proceso digno de la mejor manera posible, con proximidad y respeto a las decisiones previas. En caso de ser necesario, se deberá contar con las unidades de apoyo especializadas

## Consejos Prácticos

1. Atiende con prioridad a las personas que no pueden desplazarse al centro para garantizar la equidad y la justicia, evitando la ley de cuidados inversos.
2. Respeta su intimidad y su dignidad; el domicilio es el espacio más íntimo de la persona
3. Asegura la longitudinalidad con sus profesionales de referencia (medicina, enfermería, trabajo social y administrativo sanitario).
4. Escucha y respeta sus decisiones y valores para promover su autonomía
5. Trabaja en equipo y de manera coordinada con otros recursos siempre que sea necesario.
6. Reserva un espacio en la jornada laboral para poder dedicarlo a estas personas.
7. Garantiza la atención digna a las personas que viven en la calle, en centros residenciales o en prisiones.
8. Asegura la mejor manera posible de morir en casa siempre que la persona así lo decida
9. Transmite el cuerpo de conocimiento de la atención domiciliaria como nuestro legado máspreciado a las futuras generaciones.
10. Asume la atención domiciliaria como un reto apasionante; un trabajo imposible hecho de forma imposible pero bien.
11. Alza la voz si se vulneran derechos de las personas y de los profesionales.

# 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. ¿Mejóro 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. Grupo de ética de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria (CAMFIC). Las buenas prácticas del médico y la médica de familia. Barcelona: CAMFIC 2016. Disponible en: [https://gestor.camfic.cat/uploads/ITEM\\_8082.pdf](https://gestor.camfic.cat/uploads/ITEM_8082.pdf)
23. El valor del vínculo y la permanencia en la sociedad actual cambiante. Conferencia a cargo de Berta Gibert en la XII Jornada del GdT de Ética de la CAMFiC, Barcelona 30 de 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. Impacto de los cambios en la adscripción a la atención primaria: una revisión exploratoria. Family Medicine and Community Health. 2025;13:e003115. <https://doi.org/10.1136/fmch-2024-003115>.
26. Código ético. Institut Català de la Salut. Aprobado en 2018. [https://ics.gencat.cat/web/content/Documents/rsc/Codi\\_etic\\_ICS.pdf](https://ics.gencat.cat/web/content/Documents/rsc/Codi_etic_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. Grupo de ética de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria (CAMFiC). La autonomía, el derecho a decidir. Barcelona: CAMFiC; 2001. Disponible en: [http://gestor.camfic.cat/uploads/ITEM\\_541\\_EBLOG\\_1849.pdf](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](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. Propuestas para ofrecer una mejor atención sanitaria a las personas sin hogar. Grupo de Trabajo Salud sin Hogar. Marzo 2024. Colegio Oficial de Médicos 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. Grupo de ética de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria. Acompañar hasta la muerte. Barcelona: CAMFiC. Febrero 2012. [https://gestor.camfic.cat/uploads/ITEM\\_139.pdf](https://gestor.camfic.cat/uploads/ITEM_139.pdf)

# Anexo 1.

## Marco legal y deontológico

El derecho a la protección de la salud es un derecho contemplado por la **Constitución española de 1978 en su artículo 43**, y se desarrolla en la **Ley General de Sanidad de 1986 (Ley 14/1986)**, donde se generaliza el acceso a los sistemas sanitarios en condiciones de igualdad.

La **Ley 21/2000**, de 29 de diciembre, sobre los derechos de información relativos a la salud y la autonomía del paciente y la documentación clínica, regula la autonomía del paciente y la libre elección de profesional.

El **Código de Deontología del Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña**, vigente desde el 5 de febrero de 2022, contiene diversas normas relacionadas:

### **En cuanto a principios generales:**

- **Norma 1.** El médico debe tener presente que el objetivo del ejercicio de la medicina es promover, mantener o restablecer la salud individual y colectiva de las personas, aliviar el dolor o los sufrimientos causados por la enfermedad, cuidar de los pacientes, recuperables o no, tratar de evitar la muerte que no es previsible y velar por una muerte en paz. El médico debe considerar que la salud no es solamente la ausencia de enfermedad, sino también el conjunto de condiciones físicas, psíquicas y sociales que permiten la máxima plenitud de la persona, para que esta pueda desarrollarse de manera autónoma. El médico debe tener especial cuidado en combatir el dolor y el sufrimiento de forma proporcionada a las necesidades de la persona enferma, utilizando con este fin, sin excusas ni prejuicios, todos los medios a su alcance.
- **Norma 3.** Dado que la defensa y la promoción de la salud suponen un campo de acción mucho más amplio que el puramente asistencial, los médicos no pueden considerarse ajenos a las situaciones sociales, los avances técnicos y las condiciones de trabajo y ambientales que afectan a la vida de los ciudadanos, y deben aconsejar las acciones sanitarias más adecuadas. Los médicos también deben ser proactivos en la protección de la salud global y en la lucha contra la emergencia ecológica.
- **Norma 7.** El médico debe someterse siempre a las mismas normas éticas y nunca podrá renunciar a su independencia profesional, sea cual sea la forma en que ejerza la medicina o la institución en la que lo haga.
- **Norma 8.** El médico debe velar por mantener el prestigio de la profesión y evitar acciones que puedan menoscabar la confianza social en la profesión o en las instituciones sanitarias.

### **En cuanto a la relación médico-paciente:**

- **Norma 11.** La primera lealtad del médico debe ser hacia la persona que atiende. La salud de esta debe anteponerse a toda otra conveniencia.
- **Norma 13.** Todo el mundo tiene derecho a una atención médica de buena calidad humana y técnica. El médico debe velar por la preservación de este derecho.
- **Norma 16.** Las exploraciones complementarias no deben practicarse de manera rutinaria, indiscriminada o abusiva, sino siempre bajo criterios médicos. El médico debe tener especial cuidado de no caer en la denominada medicina defensiva, al indicar exploraciones o tratamientos que no sean estrictamente necesarios.
- **Norma 20.** El médico debe respetar el derecho del paciente a elegir su médico y el centro sanitario. Individual y colectivamente debe velar por el cumplimiento de este derecho. El médico debe respetar el derecho del paciente a una segunda opinión.
- **Norma 21.** Las tecnologías de la información y la comunicación pueden ser instrumentos válidos y útiles para reforzar y dinamizar la relación entre médicos y pacientes, pero no pueden sustituir la visita presencial cuando esta sea necesaria para la debida calidad del acto médico. También pueden ser medios para establecer consultas entre profesionales. En este caso, la responsabilidad asistencial recae en el profesional que haya mantenido la relación presencial con el paciente, y la documentación o información generada con estas comunicaciones debe incorporarse a la historia clínica del paciente.

### **En cuanto a la calidad en la atención médica:**

- **Norma 56.** El médico tiene el deber de proponer al paciente todos los medios adecuados a su alcance que considere oportunos, dirigidos a preservar o recuperar la salud, y de prestarle toda la asistencia necesaria con este objetivo. El médico también debe promover los programas de profilaxis, higiene y prevención.
- **Norma 57.** El médico, en la propuesta de tratamiento, debe adecuar la ayuda que ofrece al enfermo a la calidad de vida personal y ponderada junto con el propio paciente, más allá de la cantidad de vida. vida.
- **Norma 59.** El médico debe proponer y aplicar tratamientos o procedimientos avalados por el método científico o de una eficacia aceptada por la comunidad científica. El médico no debe emplear procedimientos ni prescribir tratamientos con los que no esté debidamente familiarizado o que no considere adecuados.

- **Norma 60.** Cuando el médico proponga emplear tratamientos o procedimientos que no se ajusten a los términos de la Norma 59, los ofrecerá siempre como terapia complementaria, nunca como alternativa a tratamientos de demostrada eficacia para la enfermedad que se trata; informando y advirtiendo de manera clara y comprensible de su carácter complementario y no sustitutivo, y siempre que no supongan un riesgo añadido o no representen un obstáculo para el buen desarrollo de la terapia principal. Igualmente, advertirá de no abandonar ningún tratamiento necesario y, cuando sea preciso, procurará que el médico responsable del tratamiento principal esté informado de la terapia complementaria indicada al paciente.
- **Norma 64.** El médico, cuando la demanda de medios terapéuticos sea superior a su disponibilidad o cuando el contexto sociocultural del lugar donde desarrolla su actividad dificulte una asistencia de calidad, procurará ofrecer el mayor beneficio clínico, basándose en principios éticos aplicados con criterios de proporcionalidad.

#### **En cuanto a la seguridad clínica:**

- **Norma 95.** El médico debe denunciar ante la dirección de la institución sanitaria donde trabaje los impedimentos que haya encontrado para el desarrollo de una buena práctica médica o para el respeto a las normas deontológicas. Si estos impedimentos persisten, el médico los pondrá en conocimiento del Colegio de Médicos.

è



**CAMFiC**

societat catalana de medicina  
familiar i comunitària