

Carme Lacasa [[Buscar autor en Medline](#)]



Evaluación de la atención domiciliaria en la atención primaria de salud

[Ver resumen y puntos clave](#)

[Ver texto completo](#)

[Volver al sumario](#)

Texto completo

Introducción

La reforma de la atención primaria en Cataluña se inició el año 1986 y ha finalizado en el año 2003 (**tabla 1**). Al terminar esta dilatada reforma, es importante valorar el desarrollo de los servicios ¹ y, en este caso, motivo de estudio, la situación de la atención domiciliaria y su implantación en los equipos de atención primaria.

En este trabajo, se describen y evalúan diferentes aspectos de la atención domiciliaria y se analiza su evolución. Se basa en el análisis de los datos de la evaluación general de los contratos de atención primaria desde 1993. Para ello, se han utilizado los datos de los indicadores de evaluación de atención domiciliaria incluidos en los contratos desde 1993 hasta 2003. Por otra parte, también se describen y analizan los resultados de los indicadores de atención domiciliaria correspondientes al " *Estudio de evaluación de la reforma de atención primaria y de la diversificación de la provisión de servicios*" realizado por la Fundación Avedis Donabedian (FAD) en el año 2001 por encargo del Servei Català de la Salut (CatSalut) ².

La organización de los recursos sanitarios de los que se dispone para la atención a domicilio en Cataluña son: los servicios de hospitalización a domicilio (red de atención hospitalaria), PADES - Programa de atención a domicilio- Equipos de soporte (red de atención sociosanitaria) y los equipos de atención primaria -EAP- (red de atención primaria). También se dispone de recursos sociales de ayuda a domicilio, en su mayoría de dependencia municipal.

El presente trabajo, por tanto, se contextualiza en el marco del actual modelo de prestación de servicios de la atención domiciliaria en Cataluña. La cartera de servicios de Atención Primaria de Salud (APS) del CatSalut incluye la atención domiciliaria para procesos agudos y la atención domiciliaria dirigida a pacientes con procesos crónicos que no pueden desplazarse al Centro de Atención Primaria (CAP) para recibir atención.

bibliografía

1. Ponsà JA, Cutillas S, Elías A, Fusté J, Lacasa Ca, Olivet M, Violan Co. La reforma de atención primaria de salud. Fulls econòmics del sistema sanitari 2003; 37:8-15.

2. Fundación Avedis Donabedian. Evaluación de la reforma de la atención primaria y de la diversificación de la provisión de servicios del CatSalut. FAD; 2002. (Informe Técnico CatSalut).

3. Forés M, Lacasa C, Ris H. El programa d'atenció domiciliaria en un EAP. Elements del Programa Marc. Salut Catalunya, 1992; 6(3)

4. Servei Català de la Salut. Programa marc d'atenció a domicili ATDOM. Pla de Salut, Quadern núm.4. Barcelona: Servei Català de la Salut, Àrea Sanitària; 1994.

5. Servei Català de la Salut. Criteris comuns mínims per a l'atenció als problemes de salut (II).Pla de Salut, Quadern núm.8. Barcelona: Servei Català de la Salut, Àrea Sanitària; 1996.

[Ver más](#)

enlaces

No hay enlaces de interés



La atención domiciliaria dirigida a pacientes con procesos crónicos se organizó mediante un programa, debido a sus características comunitarias, sociosanitarias y organizativas. Se atiende a pacientes con un número variable de patologías y se necesita un grado elevado de coordinación interna y externa ³. A este programa, se le denominó ATDOM. Así mismo, en el marco de este programa, el Institut Català de la Salut (ICS) que gestiona actualmente el 77,9% los equipos de atención primaria, puso en marcha en el año 2000 el programa " *Salut a Casa* ", definiendo unos objetivos de atención domiciliaria comunes para toda su organización.

Definimos la atención a domicilio ATDOM como el conjunto de actividades de carácter sociosanitario y de ámbito comunitario que se realizan en el domicilio con la finalidad de detectar, valorar y dar soporte y seguimiento a los problemas de salud de la persona o la familia, potenciando la autonomía y mejorando la calidad de vida ⁴.

Su población diana está constituida por las personas que, a causa de su estado de salud, no pueden desplazarse al CAP ya sea por edad, condición física o situación sociofamiliar, aunque también va dirigida a la familia y/o cuidadores. El núcleo de la atención domiciliaria son el individuo, el cuidador principal y su entorno ⁵. La población diana se clasifica en grupos de acuerdo con el principal motivo por el cual es atendida en el domicilio.

Aunque no es un programa dirigido exclusivamente a personas mayores, la mayoría de las que se incluyen en él lo son. En general, la población que es atendida presenta algún tipo de incapacidad o dependencia, causada generalmente por un aumento de la comorbilidad debida fundamentalmente a enfermedades crónicas y degenerativas ⁶.

La discapacidad en Cataluña afecta al 33,3% de los hombres y al 43,6% de las mujeres de 65 años o más. Estos valores son más elevados que en otros grupos de edad y se observa un incremento importante a partir de los 80 años. Las discapacidades declaradas más frecuentemente son las relacionadas con el aparato locomotor, seguidas de las limitaciones graves de los sentidos de la vista y oído, igual que en estudios realizados en el ámbito de toda España ⁷. El 91,7% de los hombres y el 96,2% de las mujeres de 65 años o más sufren alguna enfermedad crónica y el 9,9% de los hombres y el 29,4% de las mujeres mayores de 74 años viven solos ⁸.

Las personas de edad avanzada presentan, asimismo, enfermedades específicas que comportan una utilización más frecuente de los servicios sanitarios y sociosanitarios que el resto de la población. Dentro de este grupo, el segmento de mayor edad utiliza los servicios y recursos de forma más elevada ⁹⁻¹⁰.

Países europeos que comparten situaciones similares han visto la conveniencia de adecuar la oferta de servicios a la nueva situación demográfica, a las necesidades de salud y a las demandas derivadas de la población.

También en Cataluña, la existencia de grupos de personas de más

edad (**tabla 2**), plantea nuevos retos en relación a cuál debe ser la atención más adecuada y como organizarla para responder a sus necesidades, demandas y expectativas actuales y futuras.

La esperanza de vida (EV) de la población catalana continúa aumentando. La EV al nacer en el año 2000 era de 76,5 años para los hombres y 83,4 para las mujeres y a los 65 años la esperanza de vida era de 17,0 y 20,9 años, respectivamente (**tabla 3**).

En este sentido, el *Pla de Salut de Catalunya* plantea objetivos en relación al envejecimiento priorizados para el año 2010. Los principales problemas de salud que afectan a las personas mayores se concretan en un aumento de la comorbilidad, la incapacidad y la dependencia en relación a otros grupos de edad.

Asimismo, se prevé el incremento de personas dependientes para las actividades de la vida diaria, por lo que hay que considerar sus repercusiones en el contexto familiar, social y económico para dar respuesta a las necesidades de las personas mayores. La organización de servicios sanitarios y sociales integrados o fuertemente interrelacionados dirigidos a la atención a la dependencia es ya una necesidad que no puede posponerse.

El objetivo de este estudio es evaluar la evolución de la atención domiciliaria, en el contexto de finalización de la reforma de la atención primaria en Cataluña, buscando orientar las estrategias para la mejora de la atención domiciliaria.

Material y métodos

1. Para valorar la evolución de la implantación de la atención domiciliaria en los equipos de atención primaria, se han utilizado datos de los documentos de evaluación de los contratos de atención primaria del año 1993 al 2003. Se han evaluado todos los equipos de más de un año en funcionamiento.

En el contrato de atención primaria, se priorizan aspectos de atención general que permiten hacer valoraciones globales. El instrumento para su evaluación consta de pocos indicadores, básicos y fácilmente obtenibles. Los aspectos más particulares del proceso de evaluación de los contratos los realizan las regiones sanitarias con cada uno de los equipos de atención primaria, en los que se discute el resultado de los indicadores, las áreas de mejora y los nuevos objetivos.

Existen tan solo dos indicadores de atención domiciliaria que han persistido a lo largo del tiempo: porcentaje de población mayor de 64 años atendida en el programa ATDOM y la implantación del programa ATDOM. El resto se han utilizado en uno u otro periodo.

2. Para evaluar aspectos de práctica clínica y actividad asistencial de la atención domiciliaria, se han utilizado datos del "*Estudio de evaluación de la reforma de atención primaria y de la diversificación de la provisión de servicios*" mencionado anteriormente. La unidad de análisis del estudio son los equipos de atención primaria (EAP) de los diferentes modelos de entidades proveedoras de servicios de atención primaria de salud en Cataluña integrados por: equipos del ICS, equipos gestionados por las entidades de base asociativa (EBA)

y equipos de otras entidades proveedoras (OEP).

Los datos de atención domiciliaria que se documentan en el estudio, son de 2001 y corresponden en una muestra de EAP (n= 50).

Resultados

De la evaluación de ATDOM en los contratos de servicios entre el CatSalut y las entidades proveedoras de atención primaria.

Implantación del programa ATDOM y población atendida

Como se observa en la **tabla 4**, la implantación del programa ATDOM, está consolidada en todos los equipos de atención primaria de Cataluña. En los últimos años, los valores de este indicador han aumentado ligeramente, estabilizándose en valores elevados, similares para el conjunto de EAP.

En la población mayor de 64 años atendida en el programa ATDOM, hay una estabilización del valor global de este indicador desde el año 1996 entre 5,7% y 6,5%; no se observa, como sería de esperar, una tendencia a aumentar en el tiempo. Cabe remarcar su distribución desigual entre regiones sanitarias en 2003 (rango = 3,5% - 8,6%) ¹¹.

Asimismo, se observa una cierta estabilidad en los valores del porcentaje de población mayor de 74 años atendida en el programa ATDOM, con una distribución muy desigual de los valores del indicador entre regiones sanitarias (año 2003, rango = 5,9% - 17,1%).

En relación a la población general, el porcentaje de población adscrita al área básica de salud (ABS) atendida en el programa ATDOM se observa estable alrededor del 1% de los años 1995 a 1997. Posteriormente se suprimió este indicador por ser poco sensible. La población que se atiende menor de 64 años es poca y no se ha tenido en cuenta en la valoración del estudio.

Población atendida en ATDOM según la tipología del grupo diana.

En la **tabla 5**, se observa en general, un mantenimiento en el tiempo de los valores de los indicadores de población diana atendida. El grupo de población más atendida en ATDOM es el de personas con "problemas crónicos invalidantes", seguido por el de "grupos de riesgo" y el de "trastornos cognitivos". También se atiende en menor porcentaje al grupo de población con "enfermedades terminales" y personas en "ATDOM transitoria".

Aunque se observa un cierto mantenimiento en la mayoría de valores, hay variabilidad entre regiones sanitarias ¹². El rango en el año 2003 para los diferentes grupos de población diana fue: "problemas crónicos invalidantes" (44,8% - 70,7%), "enfermedades terminales" (5% - 8,4%), "trastornos cognitivos" (8,2% - 12,7%), "enfermedades transitorias" (3,5% - 18,1%) .

Visitas programadas y espontáneas a domicilio en los años 2002 y 2003. (ATDOM + avisos).

En la **tabla 6**, se observa en primer lugar que los valores más elevados de visitas domiciliarias (ATDOM + avisos) en relación con el total de la actividad de cada profesional corresponden a las enfermeras, seguido de médicos de familia, de pediatras y de odontólogos ¹³. No se presentan los resultados de la actividad del profesional de trabajo social en atención a domicilio (ATDOM + avisos) así como en ATDOM, por tener un valor muy bajo en los denominadores de los indicadores, es decir, la actividad global en visitas es muy baja y también muy heterogénea entre regiones.

Visitas del programa ATDOM del año 2002 y 2003.

En este punto, se describen las visitas desde dos puntos de vista: el peso del programa ATDOM en la actividad total de cada profesional (**tabla 7**) y la distribución de las visitas ATDOM por tipo de profesional (**tabla 8**). Hay que resaltar el bajo porcentaje de equipos con información válida, sobre todo en la distribución de visitas ATDOM por tipo de profesional (17,3% EAP en 2002 y 34,7% en 2003).

En la **tabla 7**, los valores más elevados de visitas del programa ATDOM en la actividad total de los profesionales se observan en la actividad enfermera seguido de la de medicina de familia, siguiendo el mismo orden que en la de visitas a domicilio (ATDOM + avisos). En este caso, también cabe remarcar la variabilidad de los resultados entre las regiones sanitarias.

Hay que señalar que el porcentaje de visitas del programa ATDOM en relación a la actividad total de los profesionales ha bajado en el año 2003 en todos los casos.

Como podemos observar en los gráficos **1** y **2**, de todas las visitas del programa ATDOM, más del 70% han sido visitas enfermeras. Las visitas de los diferentes profesionales en el programa ATDOM son heterogéneas entre regiones sanitarias.

Si comparamos los años 2002 y 2003, el porcentaje es más elevado en las enfermeras, seguido de los médicos de familia y de los trabajadores sociales. En general, todos los profesionales, excepto los médicos de familia, han disminuido el porcentaje de visitas en el programa ATDOM el 2003.

Pacientes atendidos en ATDOM con úlceras por presión y con riesgo de padecerlas en los años 2002 y 2003.

Como se observa en la **tabla 8**, el porcentaje de pacientes atendidos en el programa ATDOM con úlceras por presión es del 11,1% en el año 2002 y del 10,0% (rango = 6,7% - 13,3%) en el 2003. El porcentaje de pacientes atendidos en el programa ATDOM con riesgo de padecer úlceras por presión es del 40,6% en 2002 y del 33,1% en 2003 (rango = 19,4% - 49,0%). En estos resultados, también hay que remarcar la variabilidad entre regiones sanitarias.

De la evaluación de la atención domiciliaria según modelos de provisión. Estudio FAD año 2001

En la **tabla 9**, podemos observar el resultado de los indicadores de

atención domiciliaria del estudio. La implantación del programa ATDOM es del 87,3% y el porcentaje de población mayor de 64 años adscrita a la ABS atendida en el programa de atención domiciliaria (ATDOM) en la muestra de los equipos de Cataluña es del 8%. Estos datos, a veces, no guardan concordancia con los suministrados por las entidades proveedoras ¹⁴.

Observamos también en la misma tabla que el porcentaje de población mayor de 74 años adscrita a l'ABS atendida en el programa ATDOM es del 13,6%.

El porcentaje de pacientes atendidos en el programa ATDOM con úlceras por presión es del 7%. El número de visitas del médico de familia por persona incorporada en el programa ATDOM es de 3,2, las visitas enfermeras de 7,1 y las visitas del trabajador social de 0,4. El porcentaje de visitas domiciliarias es del 7,2% en la actividad enfermera, del 3,5% en la actividad de medicina de familia y del 0,4% en la actividad de pediatría. Las visitas ATDOM por médico de familia y día son de 0,4, las visitas ATDOM por enfermera y día de 0,7 y las visitas de ATDOM por trabajador social y día de 0,5.

Se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los modelos de provisión en todos los casos mencionados, excepto en las visitas de ATDOM por trabajador social y día. De acuerdo con los análisis multivariantes, la probabilidad de tener más población > mayor de 64 años adscrita atendida en el programa ATDOM aumenta en los EAP con más tiempo en funcionamiento. La probabilidad de tener un mayor porcentaje de visitas a domicilio en la actividad de los médicos de familia disminuye en los EAP que pertenecen al modelo de provisión OEP y, por cada aumento del 1'1% de médicos no integrados, disminuye la probabilidad de hacer más visitas ATDOM por médico de familia y día. En los demás resultados de los indicadores estudiados, con diferencias estadísticamente significativas no ha dado ninguna variable relacionada o explicativa de la diferencia en el análisis multivariante.

En resumen, según este estudio, los equipos ICS son los que hacen más visitas enfermeras por persona incorporada en ATDOM y los que tienen mayor porcentaje de visitas a domicilio (ATDOM + avisos) en la actividad de los médicos de familia. También son los que hacen más visitas ATDOM por médico de familia y día y los que hacen más visitas de médico de familia por persona incorporada en el programa ATDOM. Los equipos OEP atienden a un mayor porcentaje de población mayor de 64 años y mayor de 74 años en el programa ATDOM que los demás grupos de provisión y atienden a un porcentaje más elevado de personas con úlceras por presión. Los equipos EBA son los que tienen un porcentaje más alto de visitas a domicilio (ATDOM + avisos) en relación a la actividad que realizan los pediatras y también en relación a la actividad enfermera y éstas son las que hacen más visitas al día de ATDOM. También son los que atienden a un porcentaje más bajo de personas con úlceras por presión.

Como podemos observar, los equipos de las entidades proveedoras que tienen mayor número de personas en ATDOM son de distinta entidad de los equipos que hacen más visitas a domicilio por profesional y día o de los que hacen más por persona incorporada.

Discusión

La implantación de la atención y seguimiento a domicilio -ATDOM- de las personas con problemas de salud que no se pueden desplazar al centro a visitarse está consolidada en Cataluña . Otros autores coinciden con este nivel de implantación ¹⁵. De acuerdo con la revisión sistemática y los últimos meta-análisis, la atención y seguimiento a domicilio de las personas mayores puede reducir la mortalidad y los ingresos en centros de larga estancia ¹⁶. La valoración geriátrica multidimensional, el seguimiento a domicilio y las visitas preventivas pueden retrasar el deterioro funcional y reducir la mortalidad de las personas de más de 80 años ¹⁷. En la actualidad, podemos afirmar que la atención y seguimiento a domicilio de las personas con enfermedades crónicas y que presentan alguna incapacidad o dependencia es una realidad en todo el territorio de Cataluña, habiéndose finalizado la reforma de atención primaria. Esto conlleva un impacto social y responde a una necesidad de la población. Otra cuestión es si damos suficiente cobertura a sus necesidades sociosanitarias y si los estándares de calidad son los adecuados.

El porcentaje de personas atendidas en el programa ATDOM sobre el total de población es del 1%, siendo éste similar en otras publicaciones ^{18, 19}.

Tal y como ya conocíamos, la atención domiciliaria dirigida a crónicos, atiende fundamentalmente a personas de 75 y más años, se atienden alrededor de 66.500 personas en Cataluña, de acuerdo con el grupo de edad que sufre más incapacidad y concuerda con los estudios que vienen realizándose de atención domiciliaria en la atención primaria ^{20,21}. Si se analizan los datos en el tiempo, es de resaltar que este porcentaje no aumenta, como sería de esperar, cuando crece el número de personas mayores con enfermedades crónicas y discapacidades. No se atiende prácticamente a personas menores de 65 años, y de 65 a 74 años sólo se atiende alrededor de un 2% ²². Estos datos se relacionan con los de discapacidad en Cataluña; el 12,5% de la población declara sufrir algún tipo de discapacidad y éstas afectan especialmente a los mayores de 64 años que, además, las sufren en mayor número. Las discapacidades más frecuentes son las relacionadas con el movimiento ^{23,24} y , por tanto, con la autonomía física del paciente.

A la vista de la evolución del envejecimiento y de los resultados del porcentaje de personas mayores atendidas, parece útil definir unas mínimas coberturas para los EAP , ²⁵ con objetivos específicos para cada equipo de atención primaria, de acuerdo con las características y necesidades de la población. En el futuro, también se podrían proponer coberturas por población diana.

De los indicadores de cobertura poblacional, el porcentaje de personas mayores de 74 años atendidas en el programa ATDOM es el más adecuado por guardar mejor relación con la edad de la población que mayoritariamente se atiende en el domicilio.

Las enfermedades crónicas invalidantes son el motivo de atención

principal en el programa ATDOM. En cuanto al incremento de las personas incluidas en el grupo diana *grupo de riesgo*, habría que profundizar para saber si actualmente se detectan más las personas mayores frágiles o si se utiliza como un grupo diana "cajón de sastre", por no estar éste bien definido o por no ajustarse el motivo de atención de ninguno a los demás grupos. En relación a los pacientes en riesgo de ser atendidos en atención domiciliaria, un análisis multivariante de un estudio en el área 10 del Insalud, muestra las variables predictivas que presentaron más asociación a la variable resultado "recibir atención domiciliaria" durante un año. Éstas fueron: tener 80 o más años, tener algún grado de dependencia funcional (ABVD) y presentar un probable deterioro cognitivo ⁵. Es de resaltar que no haya aumentado la atención a personas del grupo diana "trastornos cognitivos" ya que, en general, la detección de este tipo de trastornos se ha incrementado en estos últimos años y es uno de los principales problemas por el impacto que la enfermedad tiene en el paciente, en la familia y en los cuidadores ²⁷. Una mejor definición y más concreción del grupo diana "grupo de riesgo" y una revisión de la definición de todos los grupos diana publicada el año 1996 ayudaría a clasificar mejor el motivo real de atención de la población actual de ATDOM.

La participación de pediatras y odontólogos en el programa ATDOM es casi inexistente. En relación a odontología, valdría la pena revisar su participación, marcar criterios y protocolizar su actuación con las personas mayores atendidas en el programa, por la importancia de los problemas bucodentales en este grupo de edad y porqué puede afectar a su estado nutricional.

En este trabajo, se constata el rol central de las enfermeras en la atención domiciliaria. Como ya conocíamos, la mayoría de visitas del programa ATDOM son llevadas a cabo por enfermeras y éstas son responsables del programa en el 53,3% de los casos ²⁸, porcentaje que, en mi opinión, debería ser mucho más alto debido al peso de los cuidados en la atención a las personas en el domicilio. Si bien la actividad de atención domiciliaria es una actividad en la oferta de servicios de las enfermeras, los porcentajes observados de esta actividad en este trabajo y en otros estudios ^{29,30,31} nos muestran que existe un claro predominio de la actividad en el centro de atención primaria. Aunque las enfermeras dediquen algún tiempo a la atención domiciliaria, con una media de aproximadamente una visita por día, es difícil poder hacer un seguimiento de calidad, estos resultados no coinciden con otro estudio de Andalucía ³² y estamos lejos de los tiempos recomendados por el ICS en las conclusiones del "Aula de Atención Primaria" del año 1996 ³³.

En relación al trabajo social y a la vista de los resultados, son necesarias la definición y participación de los trabajadores sociales del EAP en el domicilio y contar con el trabajo conjunto o integrado del equipo con los servicios sociales municipales ^{34,35}. Convenios entre las entidades proveedoras y los ayuntamientos, como se ha producido en Reus, Manresa o Sabadell o en consorcios como en la comarca del Baix Empordà, con participación municipal en la gestión sanitaria, son experiencias de coordinación dirigidas a facilitar una mejor información al usuario, facilitar la asignación de recursos, su

acceso y disminuir el tiempo de adjudicación. Estas experiencias junto con otras experiencias locales de coordinación son el primer paso de un trabajo conjunto o integrado.

En algunos países europeos, la atención social y sanitaria está integrada en la atención domiciliaria³⁶. En esta línea, Prieto comenta que el trabajo a domicilio genera sentimientos de impotencia frente los problemas sociales y considera que ha de haber una alianza entre los equipos de atención primaria y los servicios sociales, potenciando los recursos institucionales de ayuda a domicilio³⁷.

Uno de los inconvenientes con que se encuentran los profesionales sanitarios en atención domiciliaria es la dificultad de congeniar el principio del derecho universal a la salud y unos servicios sociales gratificables. La oferta en la provisión de servicios sociales es muy diversa entre municipios, lo que puede producir inequidad si no hay una buena regulación. En general, la prestación social a domicilio es deficitaria. Una atención integrada de servicios de atención social y sanitaria podría evitar duplicidades, agilizar la asignación y acceso a los recursos y mejorar la atención. Johri plantea que los resultados positivos en las experiencias de integración tienen que ver en mejoras en el estado funcional, menores tasas de institucionalización y, a veces, en ahorro de costes. Dice que para lograr estos resultados las intervenciones reúnen las siguientes características: una única puerta de entrada, gestores de casos, evaluación geriátrica, equipos multidisciplinarios e incentivos financieros que promuevan la sustitución entre servicios³⁸.

Las visitas de los profesionales por persona incorporada en el programa ATDOM (3,2 visitas del médico de familia y 7,1 de las enfermeras y 0,4 las de trabajo social) son aceptables si sumamos las visitas de todos los profesionales, de acuerdo a la revisión sistemática y al metaanálisis de Stuck del año 2002, donde especifica que se necesitan más de 9 visitas a domicilio por persona y año para reducir el ingreso a centros de larga estancia. Estos resultados concuerdan con otros trabajos³⁹.

Medir el porcentaje de pacientes que se atienden con úlceras por presión, ayuda a medir el estado de salud de las personas que atendemos, la complejidad de los cuidados y la carga de trabajo de las enfermeras. El diferente resultado en la evaluación de los contratos y en el estudio FAD, la gran variabilidad entre regiones sanitarias y las diferencias significativas entre sistemas de provisión, sin ninguna variable relacionada con las diferencias en el análisis multivariante, nos llevan a concluir que hay que profundizar en la atención a las personas con úlceras por presión y en su prevención: ¿Qué dispositivos sanitarios las atienden? ¿Se relaciona con el número de visitas enfermeras? ¿Se relaciona con las actividades de prevención a pacientes inmovilizados? ¿Se corresponde el hecho de tener más personas con riesgo con el de atender a más personas con úlceras? etc.

En relación a la personas en ATDOM en riesgo de padecer úlceras, el resultado de 33% (año 2003) y 41% (año 2002) nos da una idea del porcentaje de personas inmovilizadas de alta dependencia que se

atienden en los domicilios. Podemos afirmar que, en Cataluña, los equipos de atención primaria atienden en domicilio a más de 22.500 personas con alta dependencia. Este resultado coincide con el de Hernando ⁴⁰ ya que constató que el 41% de sus pacientes crónicos domiciliarios estaba encamado o en silla de ruedas.

En cuanto a la información general, habría que mejorar el porcentaje de equipos que devuelven los cuestionarios y el porcentaje de equipos con información válida y, para ello, hay necesidad de mejorar la información general y aumentar el nivel de informatización de los equipos de atención primaria.

Los resultados de los indicadores del contrato de atención primaria de estos años, ponen de manifiesto la gran variabilidad entre regiones sanitarias por lo que sería necesario profundizar en este aspecto; estudiar si es debido a las diferentes características sociodemográficas y/o epidemiológicas o a diferentes formas de organización, gestión etc. Detallar la cartera de servicios a domicilio y determinar estándares de atención posiblemente ayuden a disminuir la variabilidad detectada.

A la vista de los resultados de los indicadores de atención domiciliaria presentados en este trabajo y de otros datos aquí no recogidos (como la valoración multidimensional de los pacientes domiciliarios, la coordinación de la prealta, la asignación de enfermeras de enlace, etc.), junto con la finalización de la reforma de atención primaria, observamos que actualmente se hace más y mejor atención a domicilio, aunque todavía hemos de avanzar en calidad y cantidad para dar respuesta a las necesidades presentes y futuras de la población. Habría que avanzar en la definición de la cartera de servicios de domicilio, en la definición de criterios comunes, en la coordinación con los otros dispositivos que actúan en el domicilio y otros recursos relacionados, en la organización de los equipos y en los recursos, tanto humanos como materiales, dedicados a la atención domiciliaria.

En cuanto a la evaluación, sería recomendable incluir, en los indicadores generales a nivel de Cataluña, el número de visitas de los profesionales por persona en el programa ATDOM, la valoración multidimensional de los pacientes a domicilio y un indicador de actividad de trabajo social adaptado a la actividad real que realizan. También sería recomendable incluir alguno dirigido a la evaluación de la atención al cuidador por ser parte del núcleo de la población diana.

Asimismo, estudiar o hacer estimaciones a nivel general sobre de cuántos ingresos se evitan a urgencias y a residencias geriátricas, cuántas muertes evitamos y cuántos retrasos se producen en el deterioro funcional, así como el nivel de satisfacción de los usuarios y familias y de los profesionales, incrementaría el conocimiento de los resultados.

En último lugar, mencionar el proceso de evaluación de un programa y los niveles de evaluación. La administración y las empresas que gestionan y proveen los servicios marcan, en el contexto del programa, unos objetivos y unos indicadores generales, básicamente para la planificación, gestión, seguimiento y mejora de

la atención. En general, para un mayor ámbito territorial y para un mayor nivel de decisión interesa el resultado de pocos indicadores y que a la vez sean clave, a diferencia de los profesionales asistenciales a los que interesa toda la información disponible para poder evaluarla y marcar nuevos objetivos. Aparte de que cada equipo y cada profesional incorpore objetivos marcados a nivel general, es en el contexto de un programa comunitario y sociosanitario como el programa ATDOM donde los profesionales, a través de la participación, discusión y consenso, han de marcar sus propios objetivos específicos, basados en los resultados de los indicadores, en la valoración global cuantitativa y cualitativa del programa y en el conocimiento de las necesidades de la población, con el fin de plantear mejoras ajustadas y reales para el conjunto de su población. Si esto no ocurre, habría que quitarle el nombre de programa y podríamos llamar ATDOM a la atención a domicilio de personas con enfermedades crónicas que no pueden visitarse en el centro. Sólo si pensamos que hacer un programa comunitario a nivel de equipo tiene un valor añadido, tanto para los profesionales como para la población, tiene sentido el esfuerzo de hacer el programa ATDOM.

Conclusiones

El análisis de la evolución de la implantación de la atención domiciliaria nos aporta información y conocimiento para avanzar en su planificación y en la mejora de la atención y aporta a los profesionales datos para poder contrastarlos con los de su ámbito territorial.

En relación a las actividades que muestran evidencia científica, sería recomendable incluir en los indicadores el número de visitas de los profesionales por persona en el programa ATDOM y la valoración multidimensional de los pacientes a domicilio.

El rol de los profesionales de los equipos de atención primaria y el rol central que tienen las enfermeras en la atención a la personas dependientes en la atención a domicilio (detección, valoración de necesidades, atención y seguimiento, gestión de los casos, etc.) debe de contemplarse en los futuros servicios dirigidos a las personas dependientes.

Agradecimientos

A Toni Ponsà, que ha trabajado todos estos años en la evaluación de los contratos de atención primaria y por sus aportaciones en este artículo, y a Anna Busqué, Carmen Caja, Elena Fina, M. Luisa de la Puente, Laura Sampietro, Luisa Tarrida por sus comentarios y aportaciones .

