



Societat Catalana de
Gestió Sanitària

Models d'atenció a domicili i impacte en el sistema sanitari: revisió comparada a nivell europeu

Joan Barrubés

Soci director Antares Consulting

Professor associat ESADE

ANTARES
consulting 

esade
RAMON LLULL UNIVERSITY

Atenció a domicili

Que podem aprendre de la mirada internacional?



Reflexions des de la comparativa internacional



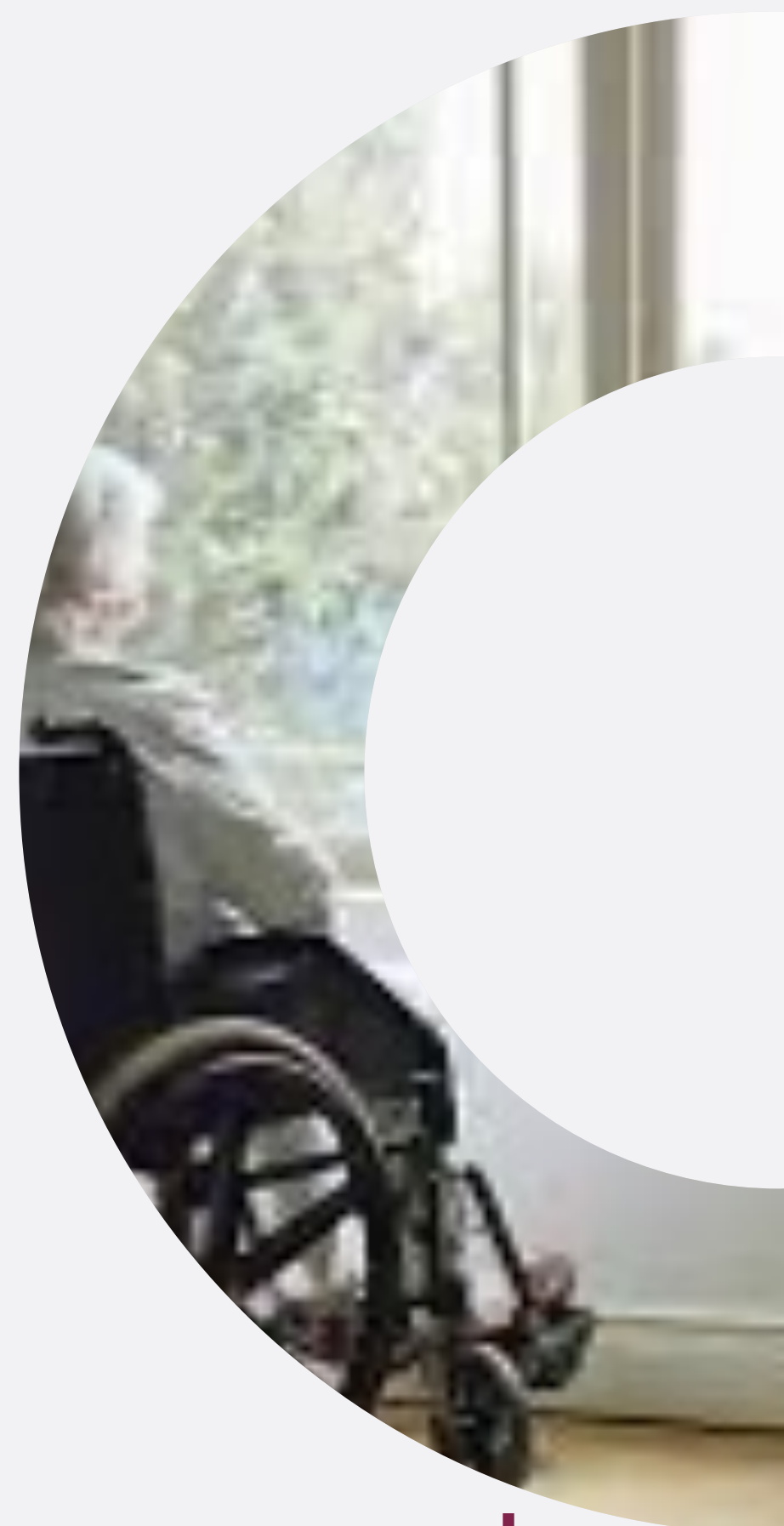
Models i impacte en el sistema sanitari



Fragmentació o integració



La cobertura i intensitat



1

Models i impacte en el sistema sanitari

Tres models d'atenció a domicili

Model	Provisió pública	Organitzacions privades no lucratives	Proveïdors privats comercials	Països
Planificació pública - provisió pública	Predominant	Secundari	Marginal	Suècia, Noruega, Dinamarca, Islàndia, Finlàndia
Política pública – Provisió mixta	Secundari	Predominant	Secundari	França, Bèlgica, Alemanya, Països Baixos, Àustria, Suïssa Francofona
Autorització pública– Provisió privada	Marginal	Secundari	Predominant	Estats Units, Regne Unit, Austràlia, Suïssa alemanya

Una atenció a domicili amb vocació de salut pública té un impacte positiu sobre el sistema sanitari i social

Models	N Països	Taxa Hosp. 65+	Taxa HD 65+	Llits Aguts per 100 65+	Llits residències per 100 65+	Despesa sanitària per càpita
Públics i mixtes	16	16%	16%	1,87	2,98	2.862 €
Privés	10	19%	18%	2,52	4,12	3.382 €
Diferència		-3%*	-2%	-0,65*	-1,14	- 520 €

L'esperança de vida saludable als 65 anys és, de mitjana, més alta als països predominantment públics, tot i que aquesta diferència no es pot atribuir estadísticament a un efecte de pertinença.

Impact des stratégies de maintien à domicile publiques sur l'efficience du système de santé : une étude comparative entre pays européens. Olivier Baly, Frederic Kletz, Joan Barrubés, Valérie Mégevand, Antoine Bazin. CALASS-GISEH 2024.

2

Fragmentació o integració

Fragmentació o integració

Atenció a la persona

- Lavabo i higiene personal.
- Ajut en mobilitat, transferències i trasllats.
- Ajuda en l'alimentació i ingesta.
- Ajuda en el vestit, calçat.
- Cures bàsiques en incontinències
- Ajuda en la prevenció d' úlceres per pressió.
- Ajuda en l' administració medicació.

Atenció domèstica:

- Manteniment de la Neteja de la llar.
- Preparació aliments i Compra.
- Rentat, planxat i organització de la roba.

Suport familiar i relacions amb l' entorn

- Acompanyament en gestions.
- Acompanyament soledat i aïllament.
- Suport en autoestima.



Atenció sanitària:

- Cures
- Administració de medicaments
- Atenció d' infermeria
- Atenció mèdica domiciliària

Atenció rehabilitadora:

- Fisioteràpia
- Teràpia ocupacional
- Logopèdia

Atenció psicosocial:

- Suport emocional
- Orientació i assessorament

- Monitoratge de constants vitals
- Maneig de pacients crònics complexos aguditzats.
- Maneig d' urgències hospitalàries per a la seva aplicació en domicili.
- Maneig de fàrmacs parenterals en domicili.
- Nutrició artificial domiciliària: enteral i parenteral
- Cures complexes post hospitalàries

Fragmentació o integració

Un model insòlit



La integració social i sanitària serà al domicili...o no serà



Persones



Servicios a domicili



Recursos

La mirada internacional (en curs)

Model centrat en la persona

Necessitats d'atenció



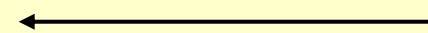
Serveis a domicili requerits



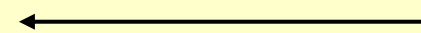
Recursos a domicili integrats

Model centrat en els dispositius

Resposta a necessitats fragmentada



Serveis a domicili independents



SAD
ATDOM
HOSPDOM

El model actual

La integració també inclou l'hospitalització a domicili

Models d'hospitalització a domicili

- **Gestió hospitalària:** la gestió dels HAD per part dels hospitals es fa en països com Espanya i França (en part).
- **Gestió extra hospitalària:** a França (en part) i a Anglaterra

L'evidència (poca)

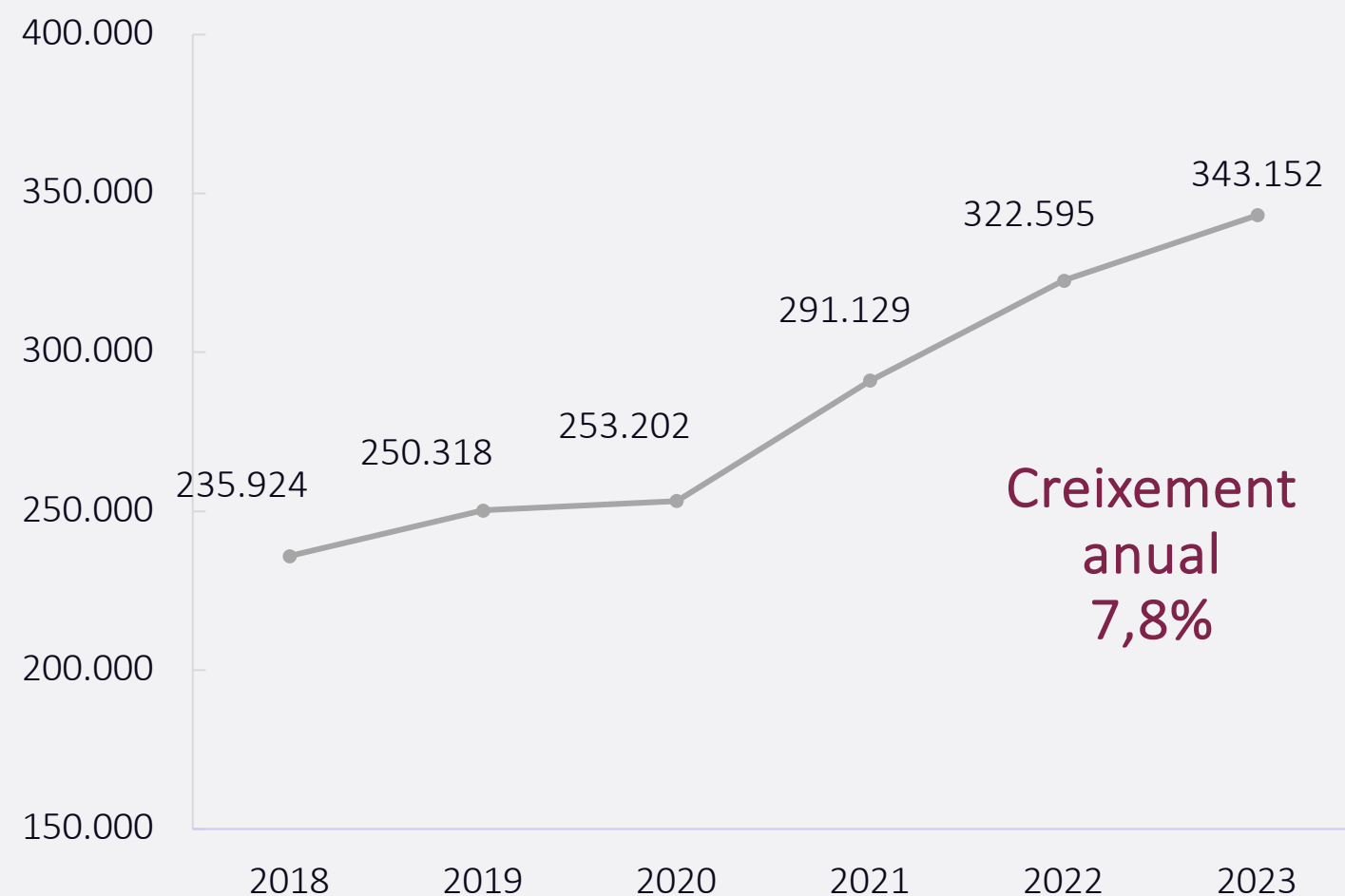
- Els pocs estudis comparatius realitzats sobre el model de HAD suggereixen que les grans estructures no hospitalàries són les més eficients a desenvolupar aquest mode d'atenció.
- Recentment, alguns estudis destaquen els avantatges d'un servei d'hospitalització a domicili gestionat per un proveïdor extern a l'hospital enfront d'una hospitalització domiciliària gestionada pel propi hospital (Caroline Geneau, 2016)



Cobertura i intensitat

L'evolució de l'ATDOM i el SAD en els últims 5 anys

Evolució prestacions d'atenció a domicili a Espanya, 2018-2023

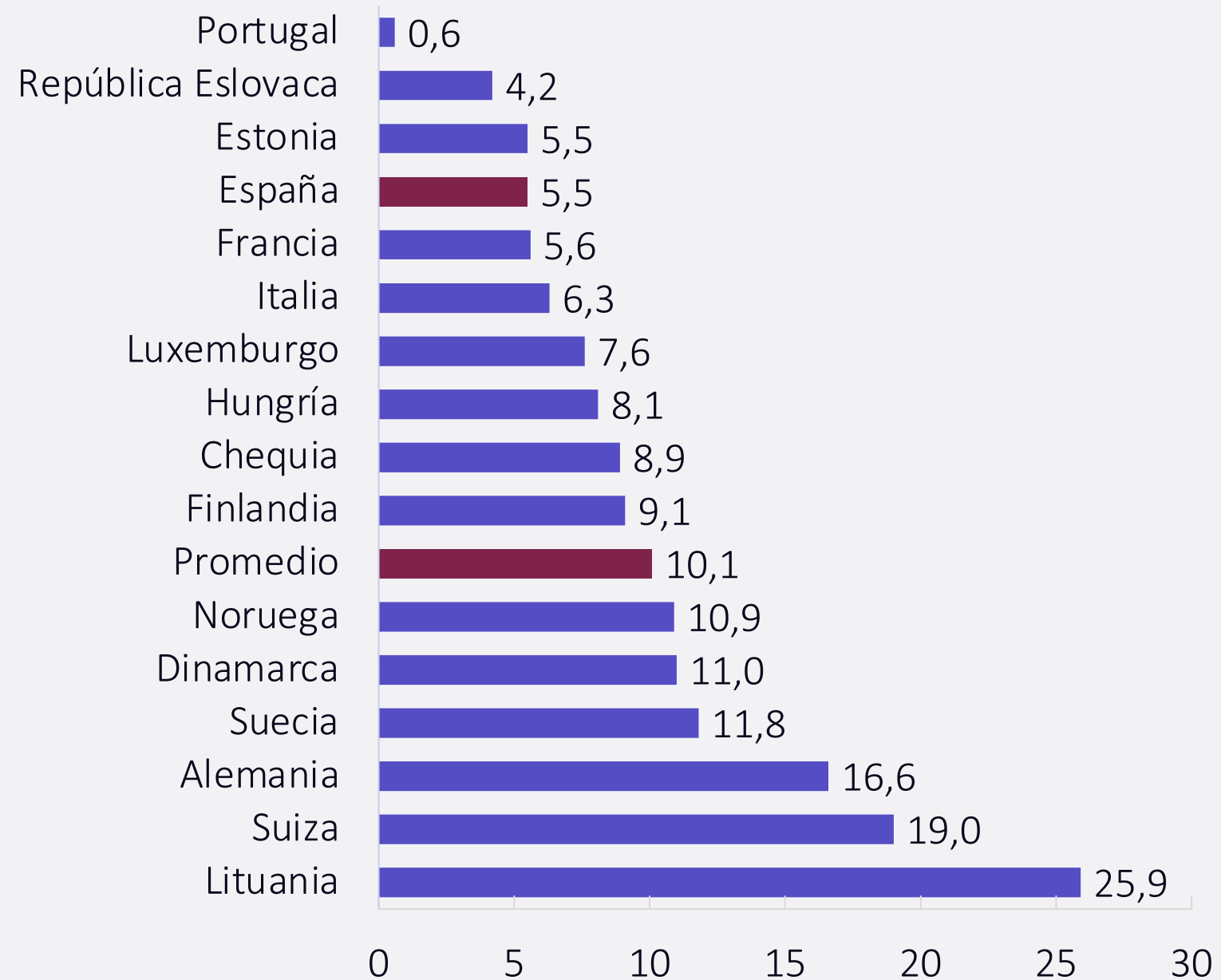


Evolució de les visites a domicili dels EAP, 2017-2022

	Medicina			Infermeria			
	Consulta	Domicili	%	Consulta	Domicilio	Total	%
2017	23.276.450	524.301	2,20%	14.333.982	1.095.860	15.429.842	7,10%
2018	24.335.787	451.677		14.302.310	1.022.018	15.324.328	
2019	25.116.468	452.931		14.874.339	1.044.817	15.919.156	
2020	28.320.274	506.447		15.702.227	1.226.270	16.928.497	
2021	31.756.913	449.410		23.833.553	1.349.178	25.182.731	
2022	29.286.150	469.703	1,60%	20.012.497	1.221.136	21.233.633	5,80%
Creixement	4,7%	-2,2%		6,9%	2,2%	6,6%	

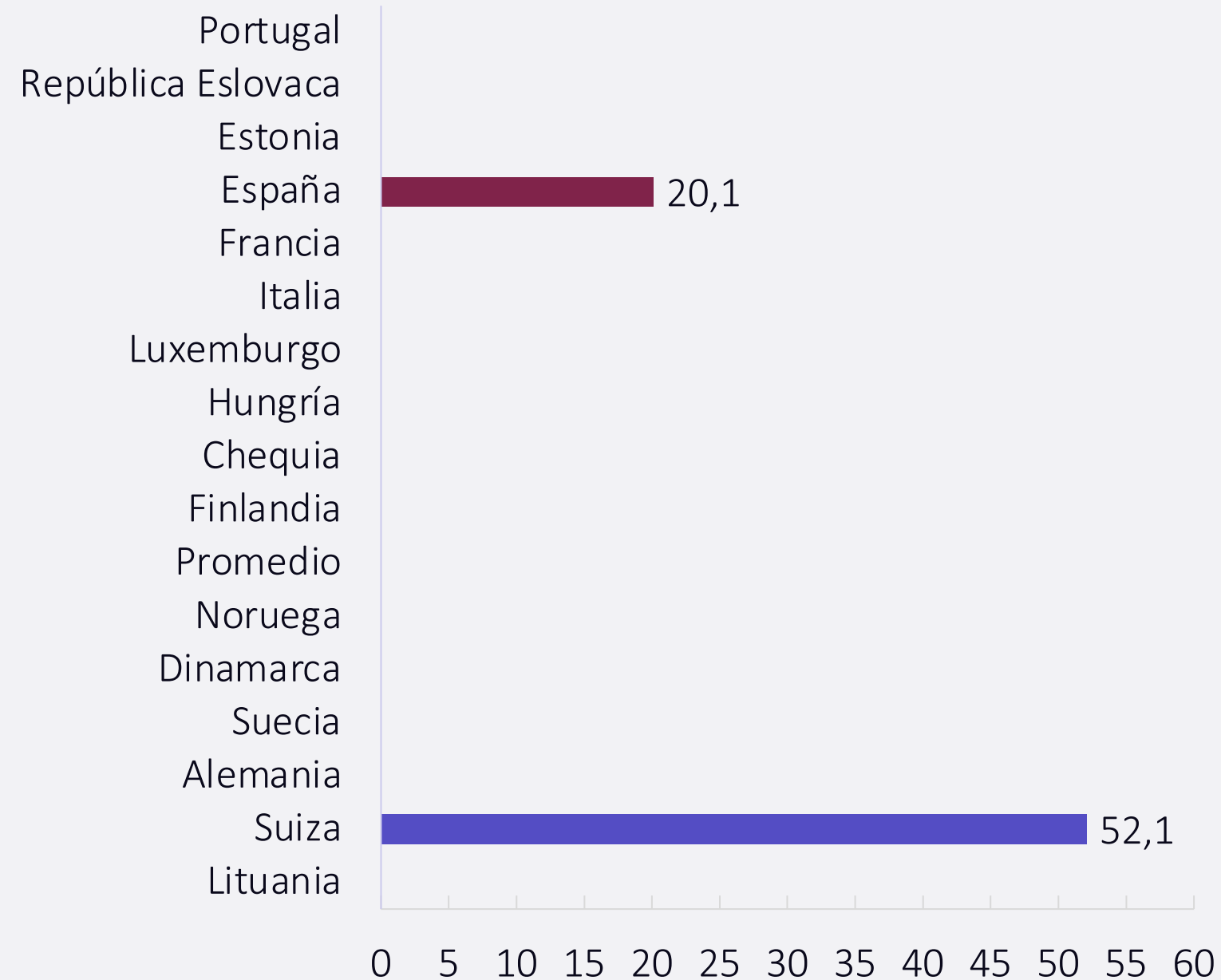
La cobertura i la intensitat (només dades SAD)

Índexs de cobertura + 65 de cures a llarg termini a domicili per països, 2021



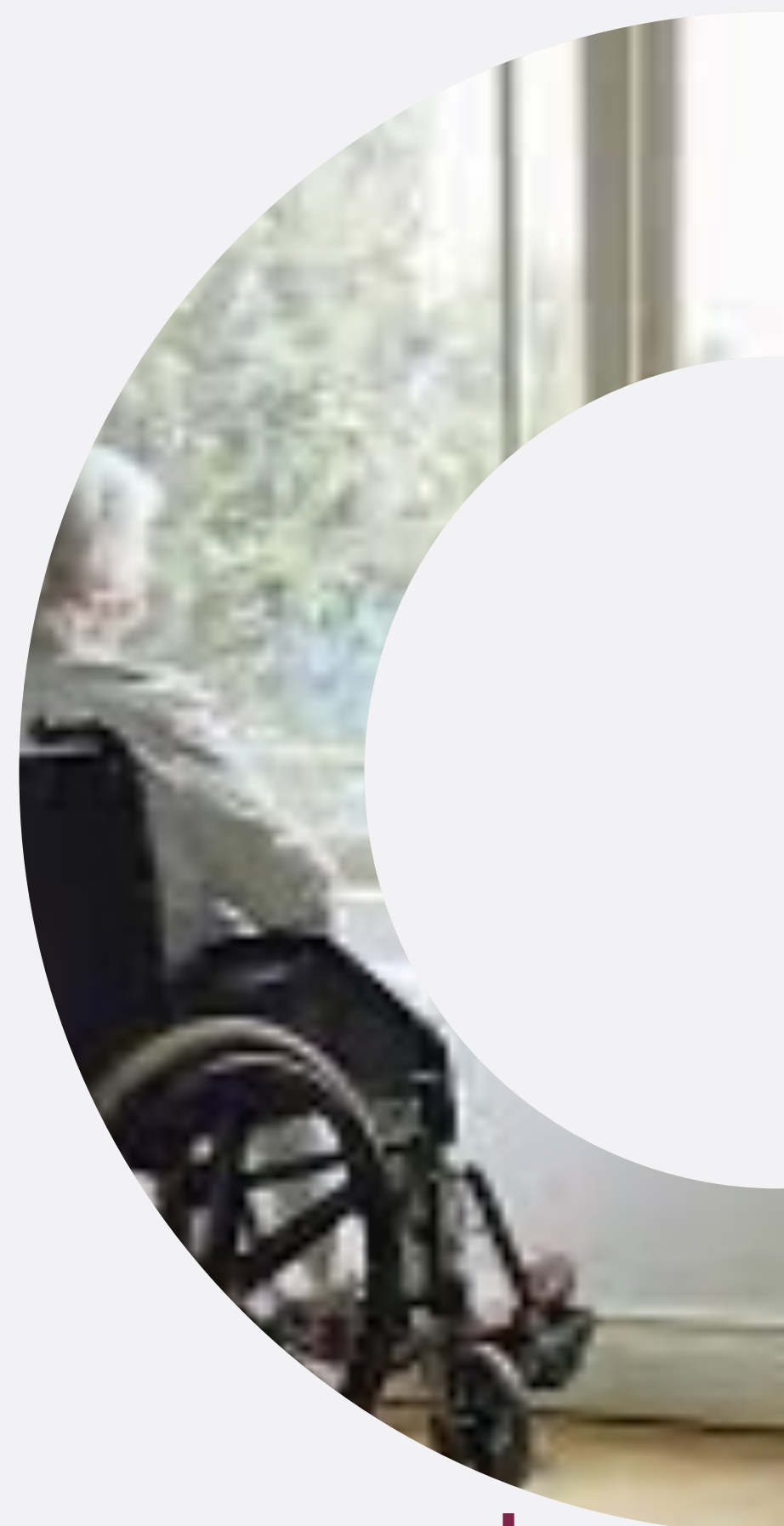
Fuente: OECD

Intensitat horària de les cures a llarg termini a domicili per països, 2021



En resum

- ✓ Un bon model d'atenció a domicili té un impacte molt positiu en el funcionament del sistema sanitari
- ✓ Els models d'atenció a domicili evolucionen cap a la integració social i sanitària
- ✓ L'atenció a domicili requereix una coberta i intentat molt superiors a l'actual



*Moltes gràcies per la
vostra atenció*



Joan Barrubés

jbarrubes@antares-consulting.com

Joan.barrubes@esade.edu