

INFORME

Juny 2023

Caracterització dels models organitzatius per a l'atenció domiciliària i a la cronicitat complexa en l'atenció primària a Catalunya

L'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) és una entitat de dret públic adscrita al Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya que actua al servei de les polítiques públiques. L'AQuAS té la missió de generar coneixement rellevant mitjançant l'avaluació i l'anàlisi de dades per a la presa de decisions amb la finalitat de contribuir a la millora de la salut de la ciutadania i la sostenibilitat del sistema de salut de Catalunya. L'AQuAS és membre fundador de la International Network of Agencies of Health Technology Assessment (INAHTA) i de la International School on Research Impact Assessment (ISRiA), és membre corporatiu de la Health Technology Assessment International (HTAi), del CIBER d'Epidemiologia i Salut Pública (CIBERESP), de la Red de Investigación en Servicios Sanitarios en Enfermedades Crónicas (REDISSEC), de la Red de Investigación en Cronicidad, Atención Primaria y Promoción de la Salud (RICAPPS) i és Unitat Associada a INGENIO (CSIC-UPV). L'any 2019 AQuAS va ser reconeguda amb la medalla Josep Trueta al mèrit sanitari per part del Govern de la Generalitat de Catalunya.

Es recomana que aquest document sigui citat de la manera següent: Ruiz-Rivera M, Torres M, Ramos F, Serra-Sutton V, Espallargues M. Caracterització dels models organitzatius per a l'atenció domiciliària i a la cronicitat complexa en l'atenció primària a Catalunya. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2023.

Les persones interessades en aquest document poden adreçar-se a:
Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya.
Roc Boronat, 81-95 (segona planta). 08005 Barcelona
Tel.: 93 551 3888 | Fax: 93 551 7510 | <https://aquas.gencat.cat>

© 2023, Generalitat de Catalunya. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya
Edita: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya
Primera edició: Barcelona, juny 2023
Correcció: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya



Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada 4.0 Internacional.

La llicència es pot consultar al web de [Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Caracterització dels models organitzatius per a l'atenció domiciliària i a la cronicitat complexa en l'atenció primària a Catalunya

Autoria

Marina Ruiz Rivera: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS).

Marta Torres López: AQuAS; CIBER en Epidemiología y Salud Pública, CIBERESP, Spain.

Francisca Ramos Pérez: Sistema d'Informació dels Serveis d'Atenció Primària (SISAP); Institut Català de la Salut (ICS).

Vicky Serra Sutton: AQuAS; CIBER en Epidemiología y Salud Pública, CIBERESP, Spain.

Mireia Espallargues Carreras: Directora de l'Àrea Científica i de Qualitat, AQuAS; Red de Investigación en Cronicidad, Atención Primaria y Promoción de la Salud (RICAPPS).

Revisió externa

Xavier Bayona Huguet: ICS; Grup de treball de Gestió de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFiC); Membre de les juntes de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Societat Catalana de Gestió Sanitària.

Carolina Burgos Díez: Atenció Primària Barcelona Ciutat, ICS; Grup de treball ATDOM de la CAMFiC.

Esther Limón Ramírez: ICS; Grup de treball ATDOM de la CAMFiC.

Victòria Mir Labalsa: Coordinadora de Treball Social, Direcció de Cures, ICS.

Juan José Zamora Sánchez: Atenció Primària Barcelona Ciutat, ICS; Grup de treball ATDOM de la CAMFiC.

Col·laboracions

Oriol Garcia Codina: Responsable d'informació i metodologia per a la planificació i l'avaluació, Direcció Estratègica d'Atenció Primària i Comunitària, Direcció General de Planificació i Recerca en Salut, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

Esther Gil Sánchez: Direcció Estratègica d'Atenció Primària i Comunitària, Programa Pacient Expert Catalunya, Direcció General de Planificació en Salut, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

Ariadna Mas Casals: Adjunta a Gerència, Institut Català de la Salut, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

Núria Nadal Braqué: Directora, Direcció d'Atenció Primària i a la Comunitat, Institut Català de la Salut, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

Sara Rodoreda Noguerola: Adjunta, Direcció d'Atenció Primària i a la Comunitat, Institut Català de la Salut, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

Rafael Ruiz Riera: Director, Direcció Estratègica d'Atenció Primària i Comunitària, Direcció General de Planificació i Recerca en Salut, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

Agraïments

Volem expressar el nostre agraïment a la Margarita García Romo (AQuAS) durant el treball de camp de l'estudi, i a l'Albert Dalmau Bueno (AQuAS) i en Sergi Sanchez Coll (AQuAS) en l'anàlisi de les dades. També agraïm a la Unió Catalana d'Hospitals i al Consorci de Salut i Social de Catalunya el seu suport en el treball de camp, com també a tots els Equips d'Atenció Primària (EAP) que han participat donant les respostes a l'enquesta.

Declaració de conflicte d'interès

Els autors i les autores declaren no tenir cap conflicte d'interès en relació amb aquest document.

Índex

Punts d'interès	6
Resum.....	7
Resumen en castellano	9
English abstract.....	11
Introducció.....	12
Antecedents.....	12
Atenció domiciliària	15
Atenció a la cronicitat complexa	17
Justificació	19
Objectius	20
Metodologia.....	21
Recollida de dades	21
Classificació dels models ATDOM.....	21
Classificació dels models d'atenció a la cronicitat complexa (PCC/MACA)	22
Anàlisi de dades	23
Resultats	24
Models d'atenció domiciliària	24
Distribució dels models ATDOM.....	24
Composició i organització dels equips en l'ATDOM.....	25
Formes de coordinació en l'ATDOM.....	26
Ús d'eines per facilitar la gestió de l'ATDOM.....	27
Implementació i monitoratge dels models ATDOM	27
Models d'atenció a la cronicitat complexa	28
Distribució dels models PCC/MACA.....	28
Composició i organització dels equips en PCC/MACA	29
Formes de coordinació en PCC/MACA	30
Ús d'eines per facilitar la gestió de PCC/MACA	31
Implementació i monitoratge dels models PCC/MACA	31
Discussió i conclusions.....	33
Bibliografia	38

Punts d'interès

- S'ha enquestat a tots els Equips d'Atenció Primària (EAP) del SISCAT durant el 2022 que atenen població adulta (N=372) per identificar i caracteritzar els diferents models implementats per a l'atenció a la cronicitat (atenció domiciliària –ATDOM- i atenció a la cronicitat complexa –PCC/MACA-).
- La participació dels EAP a l'enquesta realitzada ha estat del 100% (taxa de resposta) amb la màxima col·laboració per la seva part en tot el procés de recollida d'informació.
- Els models més tradicionals (o més antics) són els més freqüents tant en ATDOM (unitat bàsica assistencial –UBA- tradicional i UBA amb trams reservats) com en PCC/MACA (UBA tradicional, UBA amb suport de gestora de casos i UBA amb suport d'una unitat intraEAP).
- El model estrictament tradicional (UBA tradicional) és el que preval en territoris rurals i semirurals tant per ATDOM com per PCC/MACA.
- Els models més “novedosos” predominen en zones semiurbanes i urbanes en ambdós casos (ATDOM i PCC/MACA), especialment en algunes regions sanitàries com les de Barcelona Metropolitana Nord i Metropolitana Sud.
- Altres tipus de models o models mixtos/híbrids són residuals.
- Les característiques dels models manifestades pels EAP quant a organització interna, formes de coordinació, eines de gestió, aspectes d'implementació i monitoratge o avaluació són molt similars entre PCC/MACA i ATDOM per cada tipus de model.
- Hi ha, però variabilitat en aquestes característiques entre els diferents models dins de cada modalitat (PCC/MACA i ATDOM), circumstància que podria tenir un potencial impacte en els resultats i en els costos derivats de l'aplicació d'aquests models.
- Per tot això, es considera necessari avaluar i comparar l'impacte en termes de resultats de salut, qualitat assistencial i costos dels diferents models en la població inclosa i atesa per aquests programes, així com l'impacte que poden tenir en la població atesa fora d'aquests programes de característiques similars.

Resum

A Catalunya, els equips d'atenció primària (EAP) han anat incorporant canvis en la seva organització amb la implementació de nous models per a l'atenció domiciliària (ATDOM) i per a l'atenció a la cronicitat complexa (dirigida a pacients crònics complexos –PCC- o malalties cròniques avançades –MACA-) sense evidència concloent sobre si els seus resultats són millors que la forma tradicional d'atenció. A més, es desconeix la situació actual de cada EAP, especialment després de la pandèmia, la qual pot haver induït a fer modificacions en els models implementats.

L'objectiu d'aquest estudi va ser realitzar un mapatge i descripció dels models assistencials/organitzatius ATDOM i PCC/MACA aplicats pels EAP del sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT) durant l'any 2022.

Es tracta d'un estudi descriptiu transversal mitjançant una enquesta als responsables de tots els EAP del SISCAT. Es va elaborar un qüestionari per obtenir informació del tipus de model implementat i les seves característiques per a cada àmbit d'estudi: ATDOM i PCC/MACA.

Aquest qüestionari va pilotar-se en 6 EAP i, posteriorment, va enviar-se a tots els EAP del SISCAT pel seu emplenament en línia mitjançant la plataforma *Microsoft Forms* amb successius recordatoris. La recollida de dades va fer-se des de juliol fins al desembre de 2022. Es va realitzar una anàlisi descriptiva de les respostes per tipus de model en cada àmbit de forma global i estratificant per regió sanitària, ruralitat, antiguitat i tipus de proveïdor.

La taxa de resposta va ser del 100% (n=372). Es van detectar 4 models ATDOM: unitat bàsica assistencial (UBA) tradicional, on els metges/ses de família i infermeres poden fer visites a domicili diàriament (32%); UBA amb trams reservats setmanals per l'atenció al domicili (37%); unitat d'infermeria, amb tots els pacients ATDOM assignats (10%); unitat multidisciplinària amb assignació de tots els pacients (15%); i altres models (5%).

Es van identificar 5 models PCC/MACA: UBA tradicional (22%); UBA amb suport de gestora de casos (43%); UBA amb el suport d'una unitat interna a l'EAP (intraEAP) (23%); UBA amb el suport d'una unitat territorial (5%); no UBA on els pacients estan assignats a una unitat intraEAP (5%); i altres models (2%).

S'ha observat una tendència a adoptar el model estrictament tradicional (UBA tradicional), tant pels models ATDOM com pels PCC/MACA, en territoris rurals i semirurals. La resta de models, en ambdós casos, han estat més presents en zones semiurbanes i urbanes. Quant a la caracterització dels models, aquesta ha estat molt semblant entre els models PCC/MACA i ATDOM. Tanmateix, es va observar variabilitat entre els diferents tipus de models en relació amb l'organització interna dels EAP, la seva coordinació amb altres dispositius/serveis, les eines de gestió aplicades i en les barreres i facilitadors de l'aplicació del model.

Tot i que els models tradicionals són els més freqüents, s'han implementat recentment noves formes d'atenció que presenten algunes diferències substancials d'organització i funcionament. Aquesta diversitat de models posa de manifest la necessitat d'avaluar la seva qualitat assistencial en termes d'efectivitat, experiència del pacient i del professional i la seva eficiència tenint en compte les característiques del context, de l'equip i de la població atesa.

Resumen en castellano

En Cataluña, los equipos de atención primaria (EAP) han ido incorporando cambios en su organización para la atención domiciliaria (ATDOM) y para la atención a la cronicidad compleja (dirigidos a pacientes crónicos complejos –PCC- o enfermedades crónicas avanzadas -MACA-) sin evidencia concluyente sobre si sus resultados son mejores que la forma tradicional de atención. Además, se desconoce la situación actual de cada EAP, especialmente después de la pandemia, la cual puede haber inducido a hacer modificaciones en los modelos implementados.

El objetivo de este estudio fue realizar un mapeo y descripción de los modelos asistenciales/organizativo ATDOM y PCC/MACA aplicados por los EAP del sistema sanitario integral de utilización pública de Catalunya (SISCAT) en el año 2022.

Estudio descriptivo transversal mediante encuesta a los responsables de todos los EAP. Se elaboró un cuestionario para obtener información del tipo de modelo implementado y sus características para cada ámbito de estudio: ATDOM y PCC/MACA.

Este cuestionario se pilotó en 6 EAP y posteriormente se envió a todos los EAP del SISCAT para su cumplimentación en línea mediante la plataforma Microsoft Forms con sucesivos recordatorios. Los datos se recogieron de julio a diciembre de 2022. Se realizó un análisis descriptivo de las respuestas por tipo de modelo en cada ámbito de forma global y estratificando por región sanitaria, ruralidad, antigüedad y tipo de proveedor.

La tasa de respuesta fue del 100 % (n=372). Se detectaron 4 modelos ATDOM: unidad básica asistencial (UBA) tradicional donde los/as médicos/as de familia y enfermeras pueden visitar en el domicilio a diario (32 %); UBA con tramos semanales específicos reservados para atención en domicilio (37 %); unidad de enfermería, con todos los pacientes ATDOM asignados (10 %); unidad multidisciplinar con asignación de todos los pacientes (15 %); y otros (5 %).

Se identificaron 5 modelos PCC/MACA: UBA tradicional (22 %); UBA con apoyo de gestora de casos (43 %); UBA con apoyo de una unidad interna al EAP (intraEAP) (23 %); UBA con apoyo de una unidad territorial (5 %); no UBA en la que los pacientes están asignados a una unidad intraEAP (5 %); y otros (2 %).

Se ha observado una tendencia a adoptar el modelo estrictamente tradicional (UBA tradicional), tanto por los modelos ATDOM como por los PCC/MACA, en territorios rurales y semiurbanos. El resto de modelos, en ambos casos, estaban más presentes en zonas semiurbanas y urbanas. En cuanto a la caracterización de los modelos, ha sido muy similar entre los modelos PCC/MACA y ATDOM. Sin embargo, se observó variabilidad entre los diferentes tipos de modelos en relación con la organización interna de los EAP, su coordinación con otros dispositivos/servicios, las herramientas para la gestión aplicadas y en las barreras y facilitadores de la aplicación del modelo.

Aunque los modelos tradicionales son los más frecuentes, se han implementado recientemente nuevas formas de atención que presentan algunas diferencias sustanciales de organización y funcionamiento. Esta diversidad de modelos pone de manifiesto la necesidad de evaluar su calidad asistencial en términos de efectividad, experiencia del paciente y del profesional y su eficiencia, teniendo en cuenta las características del contexto, del equipo y de la población atendida.

English abstract

In Catalonia, primary care teams (EAP) have introduced changes in their way of organization. In this line, new models in domiciliary attention (ATDOM) and in chronicity (PCC/MACA) have been introduced in the system without conclusive evidence whether they are better than traditional ways of attention or not. Furthermore, the current situation of each EAP is unknown, especially after the pandemics, which may induce to make modifications in the model organization.

The aim of this study was to map and describe assistance ATDOM and PCC/MACA models applied by the EAP of the public Catalan health system (SISCAT) in 2022.

It consisted of a descriptive and cross-sectional study in which a survey was sent to all EAP of the SISCAT. The questionnaire was elaborated to obtain information about the kind of implemented model and its characteristics in each modality: ATDOM and PCC/MACA.

A pilot was done in 6 EAP and, thereafter, the survey was sent to all EAP for its online filling by Microsoft Forms platform with many reminders. Data were collected from July to December 2022. A descriptive analysis of the answers was done by kind of model globally and stratifying by health region, rurality, and kind of provider.

The response rate was 100% (n=372). Four ATDOM models were identified: basic care unit (UBA), where doctors and nurses can do home visits every day (32%); UBA with specific slots in the agenda to do home visits (37%); nursing unit, with all the ATDOM patients assigned (10%); multidisciplinary unit, with all patients assigned (5%) and others (5%).

Five PCC/MACA models were identified: traditional UBA (22%); UBA with case manager support (43%); UBA with support from an EAP internal unit (intraEAP) (23%); UBA with support from a territorial unit (5%); non-UBA in which patients are assigned to an EAP internal unit (5%); and others (2%).

A tendency in adopting traditional models was observed both in ATDOM and PCC/MACA models in rural and semirural zones. The other models were more present in urban and semiurban territories. Regarding to the model characterization, this was very similar between PCC/MACA and ATDOM models.

However, variability was observed between the different types of models in relation to the EAP intern organization, their coordination with other services, management tools, and barriers and facilitators for the model application.

Despite the traditional models are the most frequent ones, recently new ways of attention are being implemented, and they show substantial differences in their organization and functioning. This diversity reveals the necessity to evaluate their quality care in terms of effectiveness, patient and professional experience and efficiency, considering the characteristics of the context, the healthcare team and the population attended.

Introducció

Antecedents

A Catalunya s'està produint un procés d'envelliment com a resultat de l'augment sostingut de l'esperança de vida i les projeccions demogràfiques mostren que la població continuarà envellint progressivament en els anys vinents; en aquest sentit es preveu que les persones de més de 65 anys representin el 20% de la població de Catalunya l'any 2025, amb un fort creixement de la població de més de 80 anys. S'espera que l'any 2050 la tercera part de la població sigui de més de 65 anys i un 12% sigui de més de 80 anys. Per això, Catalunya estarà en un escenari d'un dels països més envellits del món i en conseqüència, hi haurà molta més gent gran i un nombre més elevat de persones amb malalties cròniques i dependència, i, per tant, amb més necessitat de serveis d'atenció. En aquest sentit, l'atenció a l'entorn domiciliari facilita l'accessibilitat a l'atenció a aquelles persones amb més dificultats d'accés al seu centre de salut i amb major grau de dependència. La cronicitat també ha augmentat a conseqüència d'altres fenòmens, com les millores diagnòstiques i els avenços terapèutics que allarguen la supervivència dels pacients. Les malalties cròniques són afeccions de llarga durada amb una progressió generalment lenta i són el problema de salut més freqüent i amb una tendència creixent en la població catalana. El 37,8% de la població adulta de 15 anys i més pateix una malaltia crònica, i la percepció de la salut es veu afectada per la seva presència, sobretot si se'n pateix més d'una¹. Les malalties cròniques poden afectar qualsevol etapa de la vida, provocar dificultats funcionals i cognitives. Afecten la qualitat de vida, i generen situacions de vulnerabilitat, fragilitat, dependència, i són més freqüents en la gent gran, les dones i les classes socials menys afavorides. En les dones hi ha una major freqüència de comorbiditat, complexitat, fragilitat i soledat no volguda que augmenta amb l'edat². Amb tot això, s'estan donant nous escenaris de convivència i de l'exercici dels rols de cura amb una clara disminució de la disponibilitat familiar i, en general, comunitària per a la cura i l'atenció a les persones a causa dels nous models familiars i de conciliació laboral-familiar³. Aquests factors fan previsible un augment de la demanda de l'atenció sanitària a la cronicitat, especialment l'atenció domiciliària i l'atenció als pacients crònics complexos i als pacients amb malaltia crònica avançada (PCC/MACA). Ja el setembre de 2011, dirigents mundials van demanar a l'OMS que recolzés els esforços dels països per minimitzar l'impacte de les malalties cròniques en l'àmbit social, econòmic i de salut pública. En conseqüència, l'OMS va desenvolupar un Pla d'acció mundial que incloïa nou metes mundials d'aplicació voluntària i un marc mundial de vigilància⁴. El 2012, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud va aprovar la "*Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud*" on recomanava que les comunitats autònomes establissin models d'estratificació poblacionals, que potenciessin la gestió de casos en els pacients crònics complexos i pluripatològics i que adaptessin models internacionals de gestió de patologies cròniques a la realitat de cada entorn⁵. A Catalunya, en el Pla de Salut 2011-2015 es va prioritzar estratègicament orientar el sistema de salut més cap als malalts crònics, materialitzant-se en 6 grans projectes, a destacar el projecte de

desplegament d'alternatives assistencials en el marc d'un sistema integrat i el projecte de desplegament de programes territorials d'atenció als pacients crònics complexos (PCC)⁶.

Arran d'això, el juny de 2011, el Departament de Salut i el Departament de Benestar Social i Família van crear el Programa de Prevenció i Atenció a la cronicitat (PPAC) amb la finalitat d'impulsar, planificar, coordinar i avaluar les actuacions a dur a terme per millorar el procés d'atenció a la cronicitat⁷. L'estratègia del PPAC es va fonamentar en la piràmide de risc de Kaiser Permanente, orientada a l'estratificació dels pacients crònics en funció de la seva complexitat i necessitats d'atenció, i en el model del *Chronic Care Model*, centrat en la reorganització del sistema. Seguint aquests models, el desplegament dels programes territorials d'atenció als PCC va prioritzar l'estratificació de tota la població en funció dels Clinical Risk Group (CRG), la identificació a la història clínica compartida dels PCC i dels pacients amb malaltia crònica en fase avançada (MACA), la implementació del Pla d'intervenció individualitzat compartit (PIIC) i el desenvolupament de les Rutes assistencials de la cronicitat.

Posteriorment, el Pla de Salut de Catalunya de 2016-2020 va donar continuïtat al PPAC prioritzant també l'atenció integrada i l'atenció a la cronicitat i es va proposar com a objectius implementar un model d'atenció integral centrat en les persones amb malalties cròniques i necessitats complexes, així com implementar iniciatives d'atenció integrada que incorporessin el redisseny dels equips assistencials⁸. A partir d'aquest pla, el 2018 es va desenvolupar l'Estratègia Nacional d'Atenció Primària i Salut Comunitària (ENAPISC) amb els objectius d'apoderar l'atenció primària i salut comunitària, incrementar-ne la capacitat resolutiva, avançar en salut comunitària i millorar en la integració entre els serveis sanitaris i els socials⁹. Dins d'aquest marc es va continuar prioritzant l'estratègia d'atenció a la cronicitat complexa amb l'objectiu de garantir una resposta assistencial individualitzada i centrada en les persones amb condicions cròniques i necessitats complexes d'atenció (PCC) o en situació de malaltia crònica avançada (MACA)⁹.

Actualment, una de les prioritats de transformació sistèmica del Pla de salut de Catalunya 2021-2025 és la necessitat de prestar una atenció centrada en la persona, que en respecti l'autonomia i que tingui en compte tant les necessitats pròpies com les del seu entorn. Des del prisma de l'atenció integrada de les necessitats socials i sanitàries de les persones, el domicili esdevé un espai prioritari d'intervenció, motiu pel qual la Direcció estratègica d'atenció primària i comunitària ha elaborat un document per fer explícit quin és el model d'atenció a les persones incloses en el programa ATDOM de l'APiC que es desplegarà els pròxims anys¹⁰. Alhora, la missió de l'atenció a la cronicitat és aportar un nou model d'atenció individualitzat, integral i integrat a les persones afectades de malalties cròniques amb necessitats complexes d'atenció (PCC) i aquelles amb malalties cròniques avançades (MACA), potenciant la promoció de la salut i la prevenció dels factors de risc i de les malalties cròniques de més impacte, en el moment de desplegar un model d'atenció des de les fases més incipients fins als estadis de més complexitat tal com proposa el nou Model d'atenció per a les persones fràgils, amb cronicitat complexa (PCC) o avançada (MACA)¹¹.

En aquest sentit, s'ha proposat la revisió dels models d'atenció en termes de¹²:

- Potenciar estratègies centrades en la persona i en el seu entorn familiar i comunitari, amb la necessitat de passar a una visió i intervenció integrals de la persona.
- Canviar a un paradigma d'atenció basada en experiències, vivències, valors i preferències dels pacients.
- Reduir l'elevada fragmentació de serveis tant sanitaris com socials que es presten a l'entorn domiciliari, amb dificultats d'interrelació de sistemes d'informació.
- Harmonitzar les intervencions al domicili per part de serveis de salut i de serveis socials.

Des de la consolidació de la reforma de l'atenció primària de salut a Catalunya s'han anat desenvolupant i evolucionant diferents models de provisió de l'ATDOM inicialment, i PCC-MACA posteriorment, per donar resposta a les necessitats i demandes sanitàries de la població. Aquests models s'han organitzat d'acord amb els canvis que han experimentat els problemes de salut de la població, la transició demogràfica, l'evolució tecnològica, econòmica i cultural que generen els canvis socials, factors que poden modificar la disponibilitat dels recursos. A més a més, des dels diferents dispositius assistencials públics s'han iniciat altres iniciatives que, directament o indirectament, han intentat donar suport als diferents models (com les gestores de casos, la infermeria d'enllaç i el Programa de detecció i seguiment de la persona malalta fràgil, entre d'altres)¹².

Pel que fa a l'avaluació de les diferents estratègies, l'any 2015 el PPAC va avaluar els 3 primers anys del programa d'acord amb la metodologia d'avaluació de polítiques i programes públics, que va incloure l'avaluació de les necessitats, del disseny, de la implementació, de l'impacte i econòmica. Les avaluacions que es van realitzar van ser la de necessitats i la de la implementació del programa al territori. No es va avaluar de l'impacte ni l'econòmica pel poc període de temps de funcionament del programa. En l'estudi d'implementació es va realitzar un estudi qualitatiu per conèixer les percepcions sobre diferents dimensions de la implementació del PPAC per part dels professionals sanitaris arreu del territori. Com a resum, les percepcions dels professionals vers el PPAC, van ser: que el programa es va implementar ràpidament, que es va informar poc de la necessitat del programa, que hi havia variabilitat territorial en la creació de nous perfils professionals i en la creació de diferents models organitzatius, que hi havia por de perdre el control i la cura dels pacients crònics, que no hi havia evidència que els nous models d'atenció a la cronicitat fossin més efectius i més eficients que l'atenció habitual, entre d'altres.

La revisió de l'evidència científica tampoc aporta proves concloents respecte a l'eficiència dels diferents components dels models organitzatius d'atenció a la cronicitat en relació amb l'atenció habitual¹³⁻¹⁶. A més, diferents entitats i professionals, reivindiquen que l'atenció al pacient crònic és una competència de l'atenció primària i qüestionen la implementació dels nous models organitzatius i dels nous perfils professionals d'atenció a la cronicitat per no haver-hi estudis concloents que demostrin que siguin millors en termes de cost-efectivitat respecte al mètode d'atenció tradicional¹⁷⁻²⁰.

Atenció domiciliària

El programa ATDOM s'adreça a aquelles persones que no poden desplaçar-se habitualment al seu centre d'atenció primària (CAP) o consultori de referència i que són ateses majoritàriament al seu domicili^a, sigui en visites de seguiment programades o sigui en visites espontànies per descompensacions o problemes de salut intercurrents. Aquest programa engloba el conjunt d'activitats de la cartera de serveis d'Atenció Primària i Comunitària (APiC) adaptades a la situació d'aquestes persones i del seu entorn i, en conseqüència, l'objectiu del programa ATDOM pot ser preventiu, de cura, rehabilitador o pal·liatiu. El conjunt de serveis de salut i de serveis socials (en el sistema sanitari) d'atenció domiciliària es despleguen amb la finalitat que la persona pugui romandre en el seu domicili amb una bona qualitat de vida tant temps com sigui possible. Això implica apoderar i donar suport a aquestes persones, a les seves famílies i a les persones cuidadores en el si de la comunitat en què viuen. El programa ATDOM té dos trets diferencials que determinen la necessitat d'una manera d'organitzar-se particular¹⁰:

- a) Les visites es realitzen en el domicili de la persona atesa.
- b) Cal planificar el seguiment regular protocol·litzat de les patologies cròniques i els factors de risc.

Les activitats pròpies de la cartera de serveis de l'APiC, adreçades a les persones incloses en el programa ATDOM, inclouen:

- Activitats de promoció de la salut i prevenció de la malaltia.
- Activitats de valoració i seguiment a les persones amb malalties cròniques i gent gran de risc, des de la prevenció de les descompensacions, de forma proactiva, fins a l'estabilització i seguiment i la conciliació dels plans de tractament.
- La coordinació amb la resta de dispositius es planteja des d'un rol de lideratge de l'APiC.
- Activitats d'informació, assessorament i acompanyament pels pacients i les seves cuidadores principals.

És el personal sanitari o els treballadors socials sanitaris dels EAP qui decideix quins dels seus pacients són tributaris d'aquest tipus d'assistència, després de valorar si el pacient compleix criteris d'atenció domiciliària: no poder desplaçar-se al centre per ser-hi atès, per motius de salut, condició física o per la seva situació social o de l'entorn, d'una forma temporal o permanent.

La dispensació de l'ATDOM a l'EAP està influïda per diferents factors com són el grau de desenvolupament de l'APiC, la coordinació amb els diferents nivells assistencials, la coordinació amb l'especialitzada hospitalària i serveis socials i les característiques de la població que s'ha d'atendre. Els models organitzatius d'atenció domiciliària han anat variant.

^a Aquest estudi se centra en l'atenció a les persones no institucionalitzades en domicilis col·lectius, ja que el nucli familiar i de cura és un element distintiu en el procés d'atenció.

El 2000, l'organització es basava principalment en un model conformat per una unitat bàsica assistencial (UBA) formada pel personal mèdic, d'infermeria i treball social sanitari. Tot i això, també existien altres models basats en la sectorització del territori d'influència^b; en la creació d'unitats funcionals de professionals que tenien tots els pacients ATDOM assignats; o en models híbrids¹². Les unitats amb els pacients ATDOM assignats eren formades principalment per infermeres. Per aquest motiu, els models avui dia han evolucionat cap al model UBA, model UBA amb petites variacions (com la incorporació de la gestora de casos) i unitats d'infermeria i multidisciplinàries que atenen a tots els i les pacients.

Com s'ha esmentat anteriorment, hi ha models que pivoten en la figura de la infermera gestora de casos. Aquesta treballa juntament amb la infermera de referència del pacient que té criteris de complexitat i necessita ATDOM, planificant les necessitats de cures individuals juntament amb el pacient i família, i implanta i coordina els recursos i serveis necessaris, i els monitora. Actualment, com es veurà més endavant, els tipus de models vigents són essencialment molt similars a aquests tot i que la manca d'un programa de gestió clínica unificat per als diferents centres i proveïdors ha generat variabilitat en la provisió d'aquests serveis²¹.

Les dades disponibles mostren que entre 2011 i 2016 no s'observà una tendència clara en l'evolució de la incidència de l'ATDOM. El 2016, la taxa se situava sobre els 16.500 pacients per milió d'habitants, amb oscil·lacions que anaven de 15.300 a 18.300 pacients per milió d'habitants. Pel que fa a la prevalença de pacients en ATDOM, sí que hi va haver un increment, més fort entre els anys 2012 i 2013 que en la resta del període estudiat²².

L'any 2020, l'1,57% de la població assegurada estava inclosa en el programa ATDOM de l'APiC^c i la tendència dels darrers anys és creixent, si bé s'observa variabilitat territorial i heterogeneïtat entre professionals. El gener de 2022, la prevalença de persones incloses en el programa ATDOM de l'APiC era del 5,13% en la població de 65 anys i més, cobertura similar a què es tenia el 2016: 5,3% en persones de més de 65 anys, i del 9,8% en persones de més de 75 anys. Aquestes cobertures disten de les d'altres països del nostre entorn i, sobretot dels països del nord d'Europa. La cobertura és molt variable entre regions sanitàries i àrees bàsiques de salut (ABS). També s'observa una variabilitat territorial considerable en la taxa de nous casos²³.

Cal esmentar que en el programa ATDOM s'ha constatat que hi ha un nombre de contactes alt (36 visites l'any al 2017-18), però d'aquests només una part corresponen a visites presencials al domicili (19%). Encara que no és un programa dirigit exclusivament a persones grans, la majoria de les que s'hi inclouen ho són. De fet, hi ha una superposició entre els pacients ATDOM i PCC/MACA. És a dir, gairebé dos terços (64,2%) dels pacients inclosos en el programa ATDOM corresponen a poblacions PCC/MACA. Destaca també la gran càrrega de multimorbiditat d'aquesta població, juntament amb l'alta prevalença de malalties cròniques comparada amb la població gran (major de 65 anys) no atesa en

^b El territori d'influència del centre de salut es divideix en sectors dels quals es responsabilitza un professional (domicilis aguts urgents i programats).

^c Font: Registre de morbiditat i ús de serveis sanitaris de Catalunya del CatSalut (MUSSCAT)

ATDOM que viu al domicili i de persones en residències. Les principals problemàtiques ateses són: a) PCC en primera instància, b) pacients diabètics, c) pacients amb insuficiència renal, d) pacients amb insuficiència cardíaca i e) pacients amb problemes oncològics. La despesa sanitària d'aquestes persones se situa de mitjana en els 4.757 euros anuals, més de dues vegades la de la població general de Catalunya d'aquest tram d'edat i gairebé cinc vegades més que la despesa per càpita de la població catalana. Val a dir que la despesa sanitària principal d'aquestes persones s'origina pels ingressos hospitalaris, que formen prop del 40% de la despesa global³.

En tots els casos, els homes en ATDOM reben més visites anuals presencials que les dones. En ajustar el nombre de visites per edat, sexe, grau de morbiditat i nivell de privació econòmica del lloc de residència, els factors que s'associen a més necessitats d'atenció són tenir nafres, estar identificat com a MACA, amb una valoració social i validació del treballador o treballadora social sanitària (TSS) com a situació de risc social i tenir un tumor maligne¹⁰.

Es disposa també d'algunes anàlisis a escala internacional sobre la gran variabilitat entre els models de provisió i finançament en la prestació de serveis d'atenció domiciliària en l'àmbit de salut. Existeix variabilitat de models, la majoria fragmentats amb serveis socials i sanitaris i tipus de titularitat. Solen haver-hi deficiències en l'atenció als problemes de salut mental i els dèficits dels serveis formals es cobreixen amb els informals. Pel que fa a la gestió coexisteixen diferents serveis i de titularitat diversa i la coordinació és voluntària i escassa. Hi ha més coordinació en les altes d'hospitals d'aguts i es comparteix la problemàtica de falta de personal³.

Atenció a la cronicitat complexa

En línia amb l'envelliment de la població s'ha produït un augment de la incidència i la prevalença de les malalties cròniques, degeneratives i incapacitants. A tot això, s'hi afegeix l'augment de l'activitat hospitalària sense ingrés i l'escurçament del temps d'estada en els hospitals que fa imprescindible assegurar una bona coordinació entre els serveis assistencials hospitalaris i d'atenció primària. Així com un important augment de les expectatives de la població pel que fa a l'atenció assistencial, que inclouen, entre d'altres, la petició d'una atenció més propera i una millor coordinació i integració amb els recursos socials. Per tant, ha estat necessari avançar cap a fórmules assistencials més integradores amb objectius, destinataris i accions clarament definits i que prevegin l'avaluació sistemàtica de l'impacte produït en termes de resultats¹². L'atenció al pacient crònic complex és un repte de tots els sistemes sanitaris dels països desenvolupats, per la vulnerabilitat, l'ús inadequat i potencialment iatrogènec de recursos, i l'alt cost evitable²⁴.

Des de la implementació del programa d'atenció a la cronicitat el 2013, els EAP han anat incorporant canvis tant en la seva pràctica assistencial individual com en la seva manera d'organitzar-se internament i en la de coordinar-se amb els nivells secundaris d'atenció (p. ex.: atenció hospitalària, atenció de salut mental i addiccions i atenció sociosanitària, entre d'altres). En els darrers anys diferents organitzacions han proposat solucions innovadores al

procés d'atenció dels pacients crònics en situació de complexitat amb l'objectiu de millorar la coordinació de l'atenció sanitària d'aquests pacients, que es caracteritzen per un elevat consum de recursos sanitaris. Els programes estan dissenyats per ajudar els pacients i els cuidadors en el maneig dels seus problemes de salut a partir d'una planificació de l'atenció sanitària i del seguiment individualitzat¹⁴.

S'han establert models poblacionals centrats en l'anàlisi i la resposta a la problemàtica presentada pels pacients PCC o MACA, com ara la piràmide de risc Kaiser Permanente. Aquesta segmenta la població segons necessitats d'atenció i complexitat. Segons aquest model, entre un 3 i un 5% de la població tindria complexitat clínica²⁴. També existeixen altres models sistèmics, centrats en la reorganització del sistema, com el *Guided Care*, basada en estratègies de prevenció de complicacions i d'exacerbacions per millorar els resultats en salut i qualitat de vida i per a disminuir l'ús de recursos amb un cost alt¹³. Aquests models portats a la pràctica habitual han suposat una classificació dels pacients segons les seves característiques com a PCC/MACA. Aquestes classificacions o etiquetes solen basar-se en la morbiditat. Abans es categoritzaven segons si formaven part del grup clínic de risc (CRG o *clinical risk group*); actualment, es basen en algorismes del grup de morbiditat ajustada (GMA). Tot i la utilitat d'aquests instruments/agrupadors de morbiditat, el criteri professional és fonamental en l'avaluació i classificació del pacient com a PCC o MACA²⁵.

El gener de 2013 es va habilitar la possibilitat d'identificar i registrar a la història clínica els problemes de salut dels pacients PCC o MACA per part dels professionals. Un/a pacient PCC és aquella persona, la gestió clínica i atenció de la qual és percebuda com a especialment difícil. La seva identificació es fonamenta en criteris específics basats en problemes de salut del pacient (multimorbiditat, patologies progressives, aparició de fragilitat i malalties minoritàries, entre d'altres), en els professionals (necessitat de maneig multidisciplinari i atenció integrada) o la presència de situacions psicosocials adverses o dificultats per atendre les seves necessitats. Les persones amb MACA tenen en comú necessitats pal·liatives en diferents intensitats, així com un pronòstic de vida limitat o situació de proximitat al final de la vida, entès aquest com l'última fase del cicle vital que poc oscil·lar des de pocs dies fins a molts mesos o algun any²⁶.

Al llarg de la darrera dècada, però, s'ha posat de manifest un interès creixent per adaptar els serveis a les necessitats de les persones, fomentant la seva implicació i participació en la cura del seu benestar i la seva salut: és l'atenció centrada en la persona. Aquest fet ha significat un canvi en l'orientació del model d'atenció, reforçant la posició de la persona com a l'eix del sistema de salut, promovent el respecte per la seva dignitat i autonomia, com a pilars ètics fonamentals. D'aquesta forma, la missió de la nova estratègia d'atenció a la cronicitat és aportar un nou model d'atenció individualitzat, integral i integrat a les persones afectades de malalties cròniques amb necessitats complexes d'atenció (PCC) i aquelles amb MACA, potenciant la promoció de la salut i la prevenció dels factors de risc i de les malalties cròniques de més impacte, a l'hora de saber desplegar un model d'atenció des de les fases més incipients fins als estadis de més complexitat. Tot i que majoritàriament la població diana correspon a persones grans, també hi ha població pediàtrica i juvenil que requerirà aquesta atenció. Hi ha un ampli consens internacional en el fet que l'atenció integral,

integrada i centrada en la persona és el millor enfocament en el context en el qual ens trobem¹¹.

Els EAP s'han organitzat de diferents maneres per respondre les necessitats de les persones incloses en els programes d'atenció a la cronicitat complexa. En aquest sentit, s'han creat nous perfils professionals per atendre pacients crònics amb patologies més complexes, com és el cas de les gestores de casos. En l'àmbit d'organització interna, alguns EAP han canviat el model tradicional UBA (Unitat Bàsica d'Atenció), a models en què els i les pacients són visitats només per un/a metge/ssa de família (MFiC) o per una o dues infermeres de l'EAP^d. També s'ha observat la creació d'estructures organitzatives superiors a l'EAP que donen suport assistencial en l'atenció a aquests tipus de pacients. Aquests models no han estat avaluats i es desconeix si aporten avantatges sobre els models tradicionals d'atenció o si, al contrari, no n'aporten de manera significativa i suposen un major cost.

Justificació

La diversitat de models organitzatius d'atenció en l'àmbit de l'atenció primària de salut específicament en l'entorn domiciliari i de l'atenció a la cronicitat complexa a Catalunya posa en relleu la necessitat d'analitzar les seves característiques i avaluar la seva efectivitat en termes de resultats en salut i qualitat de l'atenció i quins models tenen un millor rendiment i eficiència. Per aquest motiu, la Direcció Assistencial d'Atenció Primària de l'Institut Català de la Salut (ICS) va elaborar el 2019 un protocol d'estudi d'avaluació econòmica dels models d'ATDOM i PCC/MACA en col·laboració amb l'AQuAS.

En una fase prèvia a aquest projecte es van identificar diferents models d'atenció existents en aquests programes i la seva distribució territorial per part de l'ICS. El mapatge va realitzar-se a través de diversos formularis i entrevistes va donar lloc a una classificació dels diferents models organitzatius pels dos tipus d'atenció (ATDOM i PCC/MACA)²⁷.

L'any 2022 es planteja reprendre aquest primer estudi i dur a terme l'avaluació econòmica, que va quedar suspesa a causa de la pandèmia de COVID-19. Atès que durant aquest període de temps es podien haver produït canvis organitzatius en els EAP, especialment impulsats per la situació de pandèmia, es va estimar oportú i necessari fer una actualització del mapatge dut a terme prèviament i estendre'l a tot el SISCAT. La Direcció Assistencial d'Atenció Primària i a la Comunitat de l'Institut Català de la Salut i la Direcció Estratègica d'Atenció Primària i Comunitària del Departament de Salut han encarregat a l'AQuAS l'actualització d'aquest mapatge i caracterització dels models d'atenció a la cronicitat dels EAP dels SISCAT.

^d S'utilitzarà el gènere femení per a referir-se al col·lectiu d'infermeria d'acord amb el criteri del Consell Internacional d'Infermeres.

Objectius

L'objectiu principal del present projecte va ser realitzar un mapatge dels models organitzatius en ATDOM i PCC/MACA dels EAP de tot el Sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT) l'any 2022.

Específicament, es va identificar i caracteritzar els models organitzatius dels EAP en els programes d'atenció esmentats de tot el SISCAT en termes de:

- Organització dels professionals
- Coordinació amb dispositius/serveis
- Eines per a la gestió del model
- Any d'adopció del model, barreres i facilitadors
- Monitoratge i avaluació dels programes

Metodologia

Recollida de dades

Des de l'AQuAS es va elaborar, en estreta col·laboració amb la Direcció Assistencial d'Atenció Primària i a la Comunitat de l'ICS i la Direcció Estratègica d'Atenció Primària i Comunitària del Departament de Salut, una enquesta en línia (amb *Microsoft Forms*; formulari disponible a l'Annex: Formulari per la recollida de dades) per obtenir informació actualitzada dels models organitzatius per l'ATDOM i PCC/MACA. Aquest qüestionari es va construir basant-se en la versió elaborada pel mapatge del 2019.

Es va realitzar una modificació respecte als models presentats en l'enquesta prèvia per criteri del grup de treball i els peticionaris. Concretament, es va afegir un sisè model dins de la classificació de models PCC-MACA: "Model no UBA: amb una unitat específica supraEAP que té assignats els pacients crònics complexos". També es fa afegir l'opció "El model organitzatiu del meu EAP no es correspon a cap dels anteriors" seguida d'una pregunta de resposta oberta per descriure el model en detall, tant dins de la classificació de models ATDOM com la dels PCC-MACA. Per tant, la classificació dels models presentada a l'enquesta en línia va ser la següent:

Classificació dels models ATDOM

1. Model UBA amb agenda per fer domicilis cada dia de la setmana (model tradicional). MFiC i infermeres de l'EAP tenen assignats els pacients i tenen espais a l'agenda per poder-los visitar qualsevol dia de la setmana.
2. Model UBA amb dies determinats reservats per fer domicilis. MFiC i infermeres de l'EAP tenen assignats els pacients i tenen reservat mig, un o dos dies d'agenda a la setmana o cada quinze dies per fer els domicilis dels seus pacients.
3. Unitat d'infermeria. Una unitat d'infermeria formada per una o més infermeres té assignat tots els pacients inclosos en el programa ATDOM de l'EAP podent-los visitar cada dia de la setmana. Els i les MFiC continuen tenint cadascun pacients assignats inclosos en el programa ATDOM que comparteixen amb les infermeres d'aquesta unitat d'infermeria.
4. Unitat multidisciplinària. Una unitat multidisciplinària de l'EAP, formada per un/a o més MFiC i per una o més infermeres, té assignada tots els pacients ATDOM de l'EAP i poden visitar-los a domicili qualsevol dia de la setmana. La resta de professionals de l'EAP no té assignats aquests pacients.
5. Altres. El model no es correspon a cap de les categories anteriors.

Classificació dels models d'atenció a la cronicitat complexa (PCC/MACA)

1. Model UBA (model tradicional). En el que el/la MFiC i la infermera de cada EAP tenen assignats els pacients PCC i MACA i els atenen sense cap altre suport assistencial.
2. Model UBA amb suport per gestores de casos dins o fora de l'EAP. El/la MFiC i la infermera tenen assignats els pacients PCC i MACA i tenen suport assistencial per part d'una gestora de casos.
3. Model UBA amb una unitat de suport assistencial dins l'EAP (unitat intraEAP) formada per diversos professionals de l'EAP (gestora de cas, MFiC, INS, TSS, etc) que donen suport a l'UBA.
4. Model UBA amb una unitat de suport assistencial territorial (unitat supraEAP) formada per diferents professionals (MFiC, infermeres, gestores de casos, geriatres, etc.) que donen suport a diferents EAP del territori.
5. Model no UBA amb suport assistencial per una unitat específica intraEAP. Aquesta unitat té assignats tots els pacients PCC i MACA
6. Model no UBA amb suport assistencial per una unitat específica supraEAP. Aquesta unitat té assignats tots els pacients PCC i MACA.
7. Altres. El model no es correspon a cap de les categories anteriors.

Es va realitzar un pilotatge de l'enquesta amb les direccions de 6 EAP (3 de l'ICS i 3 d'altres proveïdors, proposats per les diferents direccions implicades en l'encàrrec). Les 6 professionals van aportar les seves opinions i valoracions en entrevistes individuals amb personal de l'AQuAS, que van servir per revisar i reformular el contingut d'algunes preguntes i aspectes del formulari.

La versió final va acabar de ser elaborada i consensuada amb les direccions anteriors i inclou 74 preguntes, la majoria de caràcter estructurat amb respostes dicotòmiques o de resposta múltiple. Es va organitzar en dos blocs (ATDOM i PCC/MACA) amb preguntes similars per a cada bloc. Dins de cada bloc es buscava aprofundir en: el tipus de model organitzatiu, l'organització de professionals per l'atenció d'aquest tipus de pacients, la coordinació amb altres dispositius/serveis, les eines per a la gestió del model, l'any d'adopció del model, les barreres i facilitadors per a la seva implementació i informació sobre el monitoratge. En definitiva, es buscava recollir nova informació per definir i descriure els models que prevalen actualment al SISCAT.

Aquesta versió es va distribuir per correu electrònic als directors i directores de tots els EAP del SISCAT a través dels peticionaris. L'enviament es va realitzar durant la segona quinzena de juliol del 2022 als EAP amb proveïdor diferent de l'ICS; i durant la primera setmana de setembre de 2022 als EAP amb proveïdor ICS. Es va establir un període de 8 setmanes per a completar-lo i es van realitzar 2 recordatoris per correu electrònic: 2 setmanes després de

l'enviament inicial i 2 abans de la finalització del termini. Els EAP que no van donar resposta durant aquest període van ser contactats per correu electrònic o per telèfon per tal d'aconseguir una taxa de resposta del 100%.

Anàlisi de dades

Amb les dades recollides, va crear-se una base de dades amb el programari *Microsoft Excel* 19, tot important-la des de la plataforma des d'on s'havia creat l'enquesta. Un cop exportada es va procedir a fer una depuració d'aquesta. La depuració va realitzar-se valorant, per part de l'equip AQuAS, la qualitat de la informació i la seva validesa i es va comprovar coherència entre respostes. Així mateix, es va revisar la informació d'aquells EAP que no identificaven el seu model organitzatiu amb cap dels proposats per si es tractava clarament de nous models no identificats o si responia a variacions dels models ja existents d'acord amb les seves respostes a l'enquesta i així poder-los recategoritzar.

Es va realitzar una anàlisi de les respostes obtingudes per als models d'organització ATDOM i PCC/MACA de manera separada. Concretament, es va calcular el nombre total i la proporció d'EAP per a cada model assistencial/organitzatiu de forma global i estratificant segons regió sanitària, ruralitat (rural, semirural, semiurbà, urbà), antiguitat del model dins de l'EAP i proveïdor de salut (ICS o proveïdors concertats). També va analitzar-se la variabilitat de les característiques dels models en relació amb les barreres i facilitadors per a ser implementats/desplegats, la coordinació amb altres serveis i dispositius i les eines de gestió emprades, entre d'altres. Es va fer una anàlisi bivariada de les respostes, mitjançant la comparació de mitjanes amb el test d'ANOVA per a les variables contínues i la khi-quadrat o la F de Fisher, segons el criteri d'aplicabilitat per a les variables categòriques, aplicant la correcció de Rao-Scott a les preguntes multi resposta, i s'acompanyen els resultats dels p-valors pertinents. Totes les anàlisis estadístiques s'han realitzat amb el programa Stata 17 (Stata Corp, College Station, TX, Estats Units). També es va realitzar una anàlisi de contingut de les preguntes obertes de l'enquesta.

Resultats

La taxa de resposta va ser del 100% (n=372). En els models ATDOM, van seguir sent vigents les 4 categories definides en la classificació anterior. Entre 19 els EAP que van escollir la categoria “altres models” es van detectar 13 que corresponien a models mixtos o híbrids, en els quals la seva organització correspon a una combinació entre dos o més dels 4 models identificats. Quant als models PCC/MACA, van prevaler també les categories de la classificació establerta, tot i que només un EAP es va identificar amb la sisena categoria (model no UBA amb suport d’una unitat supraEAP). Es mostren els resultats d’aquest model, tot i que no s’han tingut en compte a l’hora de fer l’estadística descriptiva. Entre els 8 EAP dins la categoria “altres models” es van detectar 6 EAP amb models mixtos o híbrids. Tot i la detecció dels models híbrids, aquests van ser analitzats juntament amb la categoria “altres models”, a causa de la seva baixa freqüència.

Models d’atenció domiciliària

Distribució dels models ATDOM

Respecte als models ATDOM, l’UBA tradicional va representar el 32% dels models, sent majoritari principalment a la regió sanitària Girona; l’UBA amb trams específics reservats per fer atenció domiciliària va representar el 37%, sent majoritari a Barcelona ciutat i a la regió Metropolitana Sud; la unitat d’infermeria representà el 10%, essent majoritària a la regió sanitària Camp de Tarragona; la unitat multidisciplinària, un 15%, sent majoritària a la regió Metropolitana Nord; i la resta de models (altres i mixtos/híbrids) representaven un percentatge minoritari (5%). Es pot observar informació més detallada sobre la distribució de cada model per regió sanitària a la Taula 1.

Analitzant els models predominants segons la ruralitat de territori (vegeu Annex: Taula 1), globalment es van observar diferències significatives en la seva distribució ($p < 0,0001$). En els territoris rurals i semirurals preval l’UBA tradicional (72,3% i 72,7%, respectivament); en territoris semiurbans l’UBA tradicional (42%) i l’UBA amb trams reservats (33%); i en territoris urbans l’UBA amb trams reservats (48%) i la unitat multidisciplinària (21%).

També es van observar diferències globals en la distribució dels models segons el proveïdor de salut ($p = 0,004$). El 41,5% dels EAP amb proveïdor de salut ICS va presentar un model UBA amb trams reservats i el 31% un model UBA tradicional. Aquests percentatges van representar, en els EAP amb proveïdor concertat, un 22,4% i un 36,5%, respectivament (vegeu Annex: Taula 3).

Taula 1. Distribució EAP segons els models d'atenció domiciliària (ATDOM) per regió sanitària ampliada. Catalunya, 2022.

Models ATDOM	Regió sanitària n (%)									
	Total Catalunya	Metro-politana Sud	Metro-politana Nord	Barcelona Ciutat	Catalunya Central	Lleida	Camp de Tarragona	Terres de l'Ebre	Girona	Alt Pirineu-Aran
UBA tradicional	120 (32,3)	6 (5,0)	13 (10,8)	4 (3,3)	24 (20,0)	18 (15,0)	12 (10,0)	10 (8,3)	27 (22,5)	6 (5,0)
UBA alguns dies/setmana	138 (37,1)	39 (28,3)	26 (18,8)	50 (36,2)	7 (5,1)	1 (0,7)	3 (2,2)	1 (0,7)	10 (7,2)	1 (0,7)
Unitat d'infermeria	38 (10,2)	9 (23,7)	7 (18,4)	4 (10,5)	2 (5,3)	2 (5,3)	12 (31,6)	0 (0,0)	1 (2,6)	1 (2,6)
Unitat multidisciplinària	57 (15,3)	3 (5,3)	38 (66,7)	5 (8,8)	3 (5,3)	1 (1,8)	5 (8,8)	0 (0,0)	2 (3,5)	0 (0,0)
Altres	19 (5,1)	3 (15,8)	7 (36,8)	4 (21,1)	2 (10,5)	1 (5,3)	1 (5,3)	0 (0,0)	1 (5,3)	0 (0,0)
Total	372 (100)									

EAP: equip d'atenció primària; UBA: Unitat Bàsica Assistencial. Els colors més foscos representen percentatges més alts establint un gradient entre marró-taronja-groc. La primera columna mostra el nombre d'EAP per model organitzatiu ATDOM relatiu al total d'EAP de Catalunya. Les següents columnes mostren la distribució dels EAP amb relació al total d'EAP del mateix model.

Composició i organització dels equips en l'ATDOM

Els EAP van tenir una composició similar quant al nombre de professionals de diferents perfils per prestar atenció als pacients ATDOM, amb una mitjana de 14,6 MFiC, 16,2 infermeres i 13,2 professionals de gestió i serveis. Tot i això, es van observar diferències significatives en el nombre de professionals de MFiC i de professionals de gestió i serveis entre els diferents models, essent el màxim en el model UBA amb espais a l'agenda reservats a la setmana per fer domicilis (mitjana: 16,1; desviació estàndard: 6,6; $p=0,014$; i mitjana: 14,4; desviació estàndard: 5,6; $p=0,024$; respectivament) (vegeu Annex: Taula 5).

En tots els models es va indicar que tots i totes les MFiC tenien assignats pacients ATDOM, tret de la unitat multidisciplinària, en la que una minoria de MFiC tenien assignats tots els pacients ATDOM de l'EAP (87,7%) i en els models de la categoria "altres", entre els quals hi havia variabilitat en la seva assignació ($p<0,0001$). Es van observar resultats similars, amb diferències significatives globals ($p<0,0001$) en l'assignació de pacients ATDOM a infermeria. En aquest cas, els models d'unitat d'infermeria i unitat multidisciplinària, expressaven que una minoria d'INF tenien assignats tots els pacients ATDOM de l'EAP (76,3% i 86%, respectivament) (vegeu Annex: Taules 7 i 8).

Pel que fa als espais que els MFiC tenen reservats a l'agenda per atendre els pacients al seu domicili, en global, aquests es mantenien gairebé sempre (55,4%) o sovint (22,4%). Tot i això, es va observar un percentatge major de manteniment d'aquests espais en la unitat multidisciplinària (63,2%) enfront del 45% dels models tradicionals o 47% dels altres models ($p<0,0001$). Globalment, els espais reservats a l'agenda de les infermeres per fer visites a domicili es mantenien sempre o gairebé sempre (71,5%), essent els percentatges més elevats que pels MFiC i entre els quals destacava la unitat d'infermeria (81,6%, $p=0,007$) (vegeu Annex: Taules 9 i 10). Quan els pacients acudien d'urgències al centre en horari en el qual està tancat, generalment s'atenien en atenció continuada (89,2%), front unitats

específiques (5,6%) i no es van observar diferències significatives entre els models (vegeu Annex: Taula 11). Entre altres respostes diferents de les plantejades al qüestionari, es va indicar que podien ser atesos en totes dues.

Formes de coordinació en l'ATDOM

En el cas del programa ATDOM, es va mostrar una tendència global a coordinar-se majoritàriament amb serveis d'atenció continuada (60,2%), amb infermeria d'enllaç (84,9%) i amb el PADES (88,4%). A més es van observar diferències significatives entre els diferents models organitzatius ($p=0,008$), destacant els EAP amb un model conformat per una unitat multidisciplinària, que, concretament, expressaven que es coordinaven més amb infermeria d'enllaç (93%) i PADES (96,5%) i d'altres com els serveis socials bàsics (77,2%), centres sociosanitaris (71,9%) i el servei d'hospitalització a domicili (70,2%). Seguits dels EAP amb una unitat d'infermeria, que també indicaven una major coordinació amb aquests respecte als models més tradicionals (vegeu Annex: Taula 14). Altres respostes, diferents de les plantejades al qüestionari, incloïen coordinacions amb altres unitats específiques o serveis, com ara el de geriatria, mútues privades o comunitats terapèutiques. En molts casos s'indicava que, tot i no existir un procediment escrit, aquestes coordinacions són habituals i es fan de manera rutinària.

Així mateix, tampoc es van observar diferències quan els EAP descrivien el rol de la TSS, tot i que hi havia una tendència a què els EAP amb els models unitat d'infermeria i multidisciplinària manifestessin més que aquestes intervenen de forma proactiva (76,3% i 70,2%, respectivament) respecte als models tradicionals (vegeu Annex: Taula 16). Quant al rol de la gestora de cas, es van observar resultats similars, en aquest cas arribant al nivell de significació, indicant una intervenció proactiva en el 73,7% dels EAP amb unitat d'infermeria i el 86% en la multidisciplinària ($p<0,0001$) (vegeu Annex: Taula 18). Es van detectar diferències globals ($p<0,0001$) en la forma de fer treball conjunt entre el/la MFiC, la infermera i la treballadora social sanitària, destacant la unitat multidisciplinària, que indicava que aquest es fa principalment en les visites conjuntes a domicili (63,2%), enfront del voltant del 50% d'EAP amb model UBA tradicional o unitat d'infermeria, que indicaven majoritàriament que es busquen espais de manera informal (vegeu Annex: Taula 20).

Quant a les formes de coordinació, les principals van ser a través de figures específiques (80,1%) i per via telefònica (72,3%). Tot i que globalment es van manifestar percentatges elevats per totes les categories de resposta, es van observar diferències significatives entre models ($p=0,006$). Els EAP amb els models UBA amb trams reservats, unitat multidisciplinària i d'infermeria van expressar un major ús de figures específiques (84,8%, 84,2% i 89,%, respectivament), Les dues darreres van expressar menor ús del correu electrònic (55,3% i 59,6%, respectivament) i de la via interna (42,1% i 43,9%, respectivament). També va destacar un major ús de la via telefònica en la unitat multidisciplinària (80,7%) (vegeu Annex: Taula 22).

Ús d'eines per facilitar la gestió de l'ATDOM

Entre les eines/documentació més freqüents per facilitar la gestió del model implementat es va trobar el procediment intern (51,6%) i el pla funcional (47,3%), amb diferències significatives globals entre els models. Els EAP amb model UBA tradicional van expressar una menor disponibilitat d'aquests (42,5% i 41,7%, respectivament). La unitat multidisciplinària i models recollits a la categoria "altres" van expressar els valors més elevats quant a la disponibilitat d'un procediment intern per a la gestió de l'ATDOM (63,2% i 68,4%, respectivament) (vegeu Annex: Taula 24). Entre les altres respostes diferents de les plantejades al qüestionari i recollides a l'opció "altres", sovint s'indicava que aquesta documentació està en procés d'elaboració. D'altra banda, les solucions de e-salut també van ser eines utilitzades de forma rutinària pels EAP per atendre els pacients en ATDOM, sent les més freqüents la consulta telefònica (93%) i la e-Consulta (83,9%) i destacant un percentatge lleugerament més baix d'ús de la e-Consulta en el model UBA tradicional ($p=0,0002$) (vegeu Annex: Taula 26). D'entre les respostes recollides a l'opció "altres", van destacar mencions a l'aplicació de missatgeria mòbil WhatsApp per comunicar-se amb pacients o familiars.

En el cas dels models ATDOM, es van observar diferències significatives en el mitjà de transport utilitzat per visitar a domicili ($p<0,0001$). Va destacar l'ús del vehicle personal en el model UBA tradicional (86,7%) enfront de l'UBA amb espais a l'agenda alguns dies per setmana, que majoritàriament indicava que es desplaça a peu (76,1%). El model que va expressar més la disponibilitat de cotxe d'empresa va ser el corresponent a unitat multidisciplinària (57,9%) (vegeu Annex: Taula 28). D'entre les respostes recollides a l'opció "altres", destacaven les mencions a l'ús de la bicicleta o patinet elèctric personals. A vegades també es va comentar que es disposava de cotxe d'empresa per a alguns dels professionals de l'EAP, de cotxe compartit amb altres EAP o bé de cotxe cedit per l'ajuntament del municipi. També es van observar diferències globals en la disponibilitat d'un maletí adequat i preparat amb tot el material necessari per fer visites a domicili ($p<0,0001$). Destacava la unitat multidisciplinària, que expressava que habitualment sí que en disposa (89,5%) enfront del 53,3% de l'UBA tradicional (vegeu Annex: Taula 29). Entre les altres respostes recollides hi havia mencions a què el maletí és personal i no del centre, i a què, tot i disposar d'un maletí prou complet, aquest no compta amb alguns aparells, com ara un ecògraf.

Implementació i monitoratge dels models ATDOM

Es van trobar diferències globals també respecte a l'any d'implementació del model d'organització ($p<0,0001$). Aquesta va ser recent (menys de 2 anys al 2022) en un 16% dels EAP; d'aquests, els models més freqüents van ser la unitat d'infermeria, la unitat multidisciplinària i els models de la categoria "altres". Un 30,7% dels EAP expressaven que fa més de 16 anys que el model va ser implementat, essent aquí més freqüents els models tradicionals (vegeu Annex: Taula 30). La decisió d'adoptar un model determinat va ser presa generalment pel mateix EAP (72%) (vegeu Annex: Taula 32), tot i que es van detectar

diferències ($p < 0,0001$). L'UBA amb trams reservats a la setmana destacava amb el 81,2% en aquesta resposta, enfront del 59,2% de l'UBA tradicional, però, en aquest cas, no s'indicava que la decisió hagués vingut donada de fora de l'EAP, sinó que no es disposava d'aquesta informació.

Per la seva implementació, les principals barreres identificades van ser la pressió assistencial (77,4%), la manca de professionals (59,1%) i les cures inverses (40,3%). Es van observar diferències significatives entre els models ($p = 0,0002$), destacant majors percentatges en la identificació de la pressió assistencial com a barrera en els models UBA tradicional i amb trams reservats (80,0% i 85,5%, respectivament) (vegeu Annex: Taula 34). No obstant això, en gran part de les respostes recollides a l'opció "altres" es va manifestar que actualment no s'identificaven barreres per a dur a terme l'ATDOM. Per contra, altres EAP comentaven també en aquesta opció altres barreres relacionades amb la manca de recursos, materials o temps, o una combinació d'aquestes.

Pel que fa als factors facilitadors no es van detectar diferències entre els grups, en els que destaquen l'alineació de l'EAP (90,6%) i el suport directiu (83,6%) (vegeu Annex: Taula 35). Entre les respostes recollides a l'opció "altres" sovint es manifestava que un gran facilitador és el lideratge per part d'infermeria. També es van recollir respostes que, amb algun matís, feien referència a disposar d'EAP alineat amb professionals implicats, ben formats i que posen en valor l'ATDOM. També es manifestava que un gran facilitador és disposar de més personal i temps, que implica la disminució de la càrrega assistencial dels professionals. Unes bones condicions laborals també es van identificar com a facilitador per a la implementació dels models.

Respecte a l'avaluació i el monitoratge del programa ATDOM a partir d'indicadors, tot i no arribar al nivell de significació ($p = 0,051$), es destacava una major proporció de respostes indicant que aquest s'avalua i s'apliquen millores a partir dels indicadors en la unitat multidisciplinària i la categoria altres models (50,9% i 52,6%, respectivament) (vegeu Annex: Taula 38). Algunes respostes fan referència al fet que a l'hora d'aplicar millores també es tenen en compte les enquestes de qualitat assistencial (EQA) així com les necessitats, opinions i preferències dels professionals de l'EAP.

Models d'atenció a la cronicitat complexa

Distribució dels models PCC/MACA

En els models PCC/MACA, l'UBA tradicional va representar el 22,3% dels models, sent més freqüent a la regió sanitària Catalunya Central; l'UBA amb suport de gestora de casos va representar un 43% dels EAP, sent majoritari a les regions Metropolitana Sud i Metropolitana Nord; l'UBA amb suport d'una unitat intraEAP va correspondre al 22,8% dels EAP, sent més present a les regions Metropolitana Nord i Barcelona Ciutat; l'UBA amb suport d'una unitat territorial (supraEAP) va correspondre a un 4,6%, sent present a Barcelona Ciutat i regió Metropolitana Sud; el model no UBA amb suport d'una unitat intraEAP va correspondre a un 4,8%, també present a Barcelona Ciutat i regions Metropolitana Sud i Metropolitana Nord; es

va detectar un sol EAP amb model no UBA amb suport d'una unitat supraEAP a la regió Metropolitana Nord; la resta de models (altres i mixtos/híbrids) van representar un 2,2%. Es pot consultar informació detallada sobre la distribució de cada model per regió sanitària a la Taula 2.

En fer una anàlisi territorial dels models segons ruralitat, es van observar diferències significatives globals ($p < 0,0001$). L'UBA tradicional va ser el model predominant en territoris rurals i semirurals (57,4% i 48,5%, respectivament), mentre que el model UBA amb suport de gestores de cas va predominar en territoris semiurbans i urbans (58,3% i 47,8%, respectivament) (vegeu Annex: Taula 2).

Quant a l'estratificació pel tipus de proveïdor, també es van detectar diferències globals ($p < 0,0001$), destacant que un 47% dels EAP amb proveïdor ICS presentaven un model UBA amb suport de gestora de casos; un 23,7% presentaven un model UBA amb unitat intraEAP; i un 21,3% una UBA tradicional. En el cas dels EAP amb altres proveïdors, aquests percentatges van suposar un 29,4%, 20% i 25,9%, respectivament (vegeu Annex: Taula 4).

Taula 2. Distribució dels EAP segons els models d'atenció a pacients crònics complexos (PCC) o amb malaltia crònica avançada (MACA) per regió sanitària ampliada. Catalunya, 2022

	Regió sanitària n (%)									
	Total Catalunya	Metropolitana Sud	Metropolitana Nord	Barcelona Ciutat	Catalunya Central	Lleida	Camp de Tarragona	Terres de l'Ebre	Girona	Alt Pirineu-Aran
UBA tradicional	83 (22,3)	6 (7,2)	5 (6,0)	10 (12,2)	27 (32,5)	4 (4,8)	6 (7,2)	7 (8,4)	12 (14,5)	6 (7,2)
UBA + Gestores de cas	160 (43,0)	34 (21,3)	39 (24,4)	31 (19,4)	4 (2,5)	15 (9,4)	16 (10,0)	2 (1,3)	19 (11,9)	0 (0,0)
UBA + intra EAP	85 (22,8)	8 (9,4)	30 (35,3)	19 (22,4)	4 (4,7)	4 (4,7)	10 (11,8)	2 (2,4)	6 (7,1)	2 (2,4)
UBA + supra EAP	17 (4,6)	8 (47,1)	6 (35,3)	1 (5,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,9)	0 (0,0)	1 (5,9)	0 (0,0)
No UBA + intra EAP	18 (4,8)	4 (22,2)	7 (38,9)	4 (22,2)	2 (11,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,6)	0 (0,0)
No UBA + supra EAP	1 (0,3)	0 (0,0)	1 (100)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Altres models	8 (2,2)	0 (0,0)	3 (37,5)	2 (25,0)	1 (12,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (25,0)	0 (0,0)
Total	372 (100)									

EAP: equip d'atenció primària; UBA: Unitat Bàsica Assistencial. Els colors més foscos representen percentatges més alts establint un gradient entre marró-taronja-groc. La primera columna mostra el nombre d'EAP per model organitzatiu PCC/MACA relatiu al total d'EAP de Catalunya. Les següents columnes mostren la distribució dels EAP amb relació al total d'EAP del mateix model.

Composició i organització dels equips en PCC/MACA

Com s'ha esmentat anteriorment, els EAP tenien una composició similar quant al nombre de professionals de diferents perfils, amb una mitjana de 14,6 MFiC, 16,2 infermeres i 13,2 professionals de gestió i serveis. No obstant això, es van trobar diferències significatives en la composició dels equips amb diferents models PCC/MACA ($p < 0,0001$) pel que fa al nombre de professionals d'aquests tres perfils. Va destacar el major nombre de professionals en el model no UBA amb suport d'una unitat intraEAP (mitjana MFiC=21,3, INF=23,8 i gestió i serveis =20,8) (vegeu Annex: Taula 6).

Davant una situació aguda en l'horari del centre d'atenció primària obert, els pacients PCC/MACA eren atesos majoritàriament pel seu professional de referència (78,2%). Tot i no arribar al nivell de significació es van observar algunes diferències globals entre els diferents models ($p=0,008$), essent al voltant del 90% o superior en l'UBA tradicional, els models no UBA i els models de la categoria "altres", enfront del 64,7% de l'UBA amb unitat de suport intraEAP (vegeu Annex: Taula 12). Entre l'opció "altres" sovint s'indicava que poden ser atesos tant pel seu professional de referència com en consultes espontànies. En horari de centre tancat, els PCC/MACA eren atesos majoritàriament en atenció continuada. Igual que en el cas anterior, no s'observaven diferències significatives ($p=0,008$), però destacaven els models UBA amb unitat supraEAP i no UBA amb unitat intraEAP, en els que es van obtenir percentatges més baixos per atenció continuada (52,9% i 66,7%, respectivament) i es marcava en un 35,3 i 33,3% respectivament que eren atesos per unitats específiques (vegeu Annex: Taula 13). Igual que abans, entre l'opció "altres" sovint s'indicava que es podien donar totes dues opcions.

Formes de coordinació en PCC/MACA

La coordinació dels diferents models PCC/MACA es realitzava principalment amb PADES (89,5%), infermeria d'enllaç (82,3%) i amb els serveis d'atenció continuada (69,9%). Tot i no detectar-se diferències significatives, els models no UBA, el model UBA amb unitat de suport supraEAP i models de la categoria "altres" tendien a expressar coordinació amb un major nombre de dispositius i serveis (vegeu Annex: Taula 15). Respostes recollides a l'opció "altres" incloïen coordinacions amb altres unitats específiques, com ara una unitat funcional de crònics o equips de cronicitat 7x24. També s'indicava que, com en l'ATDOM, tot i no existir un procediment específic escrit, aquestes coordinacions es feien habitualment, de manera rutinària i en cas de necessitat.

En els models PCC/MACA es va observar una diferència significativa global en el rol de la TSS ($p<0,0001$), en els que en el 53,5% dels casos s'indicava que aquesta intervé de forma proactiva, destacant els models no UBA, amb percentatges més elevats (vegeu Annex: Taula 17). Pel que fa al rol de la gestora de casos, també es va detectar una diferència significativa global ($p<0,0001$). En aquest cas, el model UBA amb suport de gestores de cas expressaven que aquestes intervenen de forma proactiva en el 71,3% dels casos, enfront del model UBA tradicional que en el 44% dels casos indicava que no es disposa de gestora de cas (vegeu Annex: Taula 19). Per facilitar la coordinació entre els professionals de l'EAP, habitualment es disposava d'espais compartits de treball (69,1%), destacant un percentatge superior en els models no UBA, encara que sense arribar a la significació (vegeu Annex: Taula 21). Entre les respostes recollides a l'opció altres, s'anomenava que, tot i no disposar d'aquests espais, es busquen de manera informal.

Quant a les formes de coordinació, es van observar diferències entre els diferents models ($p<0,0001$). Les principals van la via telefònica (83,1%) i figures específiques (80,1%), tret de l'UBA tradicional, que expressava un menor ús de les dues darreres. Com en l'ATDOM, s'expressaven percentatges majors al 50% gairebé en totes les opcions de resposta, incloent-hi la via interna, les interconsultes i el correu electrònic (vegeu Annex: Taula 23).

Ús d'eines per facilitar la gestió de PCC/MACA

Entre les eines/documentació més freqüents per facilitar la gestió del model implementat es van trobar diferències significatives globals ($p=0,0275$). Els models no UBA indicaven en una major proporció que disposen de procediment intern, mentre que els models més tradicionals no arribaven a un 50% (vegeu Annex: Taula 25). Com en el cas de l'ATDOM, entre les respostes recollides a l'opció "altres" s'indicava en molts casos que aquestes eines estan en procés de redacció.

Les solucions d'e-salut també van ser eines utilitzades habitualment pels EAP, essent les més freqüents la consulta telefònica (95,2%) i la e-Consulta (83,9%). Tot i no detectar-se diferències significatives entre els models, es podria destacar un menor ús de la e-Consulta en els models de la categoria "altres" (vegeu Annex: Taula 27). Entre les solucions d'e-salut recollides a altres respostes, també hi havia mencions a WhatsApp.

Implementació i monitoratge dels models PCC/MACA

Es van observar diferències globals també respecte a l'any implementació del model d'organització PCC/MACA ($p=0,023$). Aquesta va ser en els 2 anys previs a 2022 en un 12,9% dels EAP i més del 70% dels EAP van expressar que el model va ser implementat entre 2 i 10 anys abans de 2022 (vegeu Annex: Taula 31). La decisió d'adoptar el model organitzatiu va ser presa també principalment pel mateix EAP (54,3%), encara que en el model UBA amb unitat de suport supraEAP s'indicava en el 41,2% que aquesta havia vingut donada de fora de l'EAP (vegeu Annex: Taula 33).

Les barreres destacades per a la implementació del model PCC/MACA van ser també la pressió assistencial (82,5%) i la manca de professionals (61%), sense diferències destacables entre els models (vegeu Annex: Taula 36). Com en el cas de l'ATDOM, en gran part de les respostes recollides a l'opció "altres" es manifestava que actualment no s'identificaven barreres per a dur a terme l'atenció del PCC/MACA. De la mateixa manera, altres EAP identificaven barreres relacionades amb la manca de recursos, materials, temps, o coordinació amb altres nivells assistencials. També s'indicava que la rotació dels professionals era una barrera per al correcte funcionament dels models.

Respecte als facilitadors, els principals van ser tenir un EAP alineat i cohesionat (89,5%) i el suport directiu (87,4%). Tot i no haver-hi diferències significatives, models amb unitats de suport, identificaven també la disponibilitat de dispositius assistencials al territori com a element facilitador (vegeu Annex: Taula 37). Altra vegada, en gran part de les respostes recollides a l'opció "altres" es manifestava que un gran facilitador és el lideratge per part d'infermeria. També es van recollir respostes relacionades amb les bones condicions laborals i la disminució de la càrrega assistencial dels professionals.

No es van observar diferències entre models respecte al monitoratge i avaluació del programa PCC/MACA a partir d'indicadors. Al voltant d'un 30% van respondre que els indicadors estan integrats al quadre de comandament així com que s'apliquen millores a

partir dels resultats (vegeu Annex: Taula 39). Altres respostes també van fer referència al fet que a l'hora d'aplicar millores també es tenien en compte les enquestes de qualitat assistencial (EQA). També hi havia algunes mencions a què els indicadors s'havien integrat recentment i els EAP estaven començant a fer-ne ús.

Discussió i conclusions

Tant en els models ATDOM com en els PCC/MACA, els models assistencials tradicionals (o més antics) van ser els més prevalents durant l'any 2022. Això es tradueix, en el cas dels models ATDOM, en el model UBA tradicional i el model UBA amb trams reservats a l'agenda per fer les visites a domicili. En el dels models PCC/MACA, en l'UBA tradicional, l'UBA amb suport de gestora de casos i l'UBA amb suport d'una unitat intraEAP. Es va observar una tendència a mantenir el model estrictament tradicional (UBA tradicional), tant pels models ATDOM com pels PCC/MACA, en territoris rurals i semirurals. La resta de models, en ambdós casos, eren més presents en zones semaiurbanes i urbanes.

Quant a la caracterització dels models, aquesta va ser molt semblant entre els models PCC/MACA i ATDOM. Això probablement és degut al fet que majoritàriament es presta atenció des d'un model UBA (format pel MFIC i la infermera de referència), és a dir, que els i les professionals de l'EAP que apliquen tots dos models són pràcticament els mateixos i, per tant, la seva praxi és molt semblant per les dues formes d'atenció. Tot i això, sí que es van observar diferències entre els diferents models dins de cada modalitat.

Entre els 4 models ATDOM identificats, es van observar diferències respecte a la seva coordinació. Tot i que la majoria es coordinaven amb atenció continuada, infermeria d'enllaç i PADES, els EAP amb una unitat multidisciplinària en el model descrivien un percentatge de coordinació més elevat amb aquests serveis. A més, va ser major el nombre de serveis amb els quals es coordinaven. En concret, més del 50% dels EAP amb un model organitzatiu ATDOM "unitat multidisciplinària" es coordinaven no només amb els serveis esmentats, sinó també amb els serveis socials bàsics, l'hospitalització a domicili, altres centres sociosanitaris i hospitals de dia. Cal destacar el fet que no tots els EAP amb TSS declararessin una coordinació amb serveis socials bàsics, ja que aquesta relació va implícita dins del rol de la TSS de l'equip, essent una de les seves competències^e. Aquest fet es pot deure a diferents interpretacions de la pregunta plantejada al formulari, en la qual no s'especificava l'abast de la coordinació, fet que podria considerar-se una limitació. En aquest sentit, en preguntar sobre el rol de la TSS o la gestora de cas en ambdós programes, un nombre variable d'EAP van respondre que no en disposaven, tot i que aquestes figures són presents a la gran majoria d'EAP. El fet que el nombre d'EAP que van expressar-ho variï en funció de si la pregunta era dirigida a l'ATDOM o a PCC/MACA suggereix, com abans, una limitació del formulari, que podria haver donat lloc a diferents interpretacions d'aquests enunciats. Tornant a la coordinació, les vies a través de les quals es duia a terme no només contemplaven la telefònica i les figures específiques de coordinació, sinó que també mostraven una alta tendència a l'ús del correu electrònic.

Val a dir que tant la coordinació interna i com externa són fonamentals. La coordinació entre els diferents nivells és bàsica per donar atenció a les necessitats de les persones, sobretot pel que fa a les persones fràgils i amb complexitat. Les organitzacions territorials faciliten

^e <https://portaljuridic.gencat.cat/ca/document-del-pjur/?documentId=72552>

que els diferents proveïdors de recursos del territori consensuïn quins són els elements que han de facilitar aquesta coordinació. La figura de la infermera d'enllaç i de les gestores de casos facilita aquesta coordinació. També és la infermera, entre els professionals que formen l'EAP, per la seva pràctica orientada cap a la persona i el seu entorn, en qui recau el paper de la gestió de casos¹².

En aquest sentit, tant entre els models ATDOM com en els PCC/MACA, la treballadora social sanitària i la gestora de casos intervenien de forma proactiva en poc més del 50% dels EAP. La pressió assistencial en les consultes faria disminuir el temps de dedicació que es requereix, ja que s'organitza el treball segons la demanda i no les necessitats dels/les pacients, i es perd llavors un dels valors afegits de l'activitat, que és la proactivitat. De fet, en els EAP amb un model tradicional ATDOM, s'expressava una menor proactivitat de la TSS i de la gestora de cas. En el cas dels models PCC/MACA, el 50% dels EAP amb un model d'atenció tradicional manifestaven ni tan sols disposar de la figura de la gestora de cas. En canvi, entre els que tenien un model d'atenció UBA amb gestora de cas, aquesta sí que tenia un rol important i identificaven la seva participació en el 70% dels casos de forma proactiva. Quant a la cerca d'espais compartits per a fer visites conjuntes en l'ATDOM i treball en equip en PCC/MACA, cal destacar que, si bé no en tots els casos se'n disposava, aquests es buscaven i es cobrien ad hoc de manera informal.

Cal destacar també el valor del rol del/la TSS en l'atenció a la cronicitat, perquè encara que s'integra la valoració sistemàtica del context social i comunitari per part de tots els professionals implicats en l'atenció, enquadrant-lo en el context general de tractament bàsic per oferir una atenció integral; l'abordatge dels aspectes psicosocials i familiars que incideixen en les situacions de salut/malaltia, requereix una intervenció específica amb metodologia i tècniques més específiques i pròpies del treball social sanitari¹².

Pel que fa a aquesta figura, i tal com s'està proposant des de la iniciativa d'atenció integrada social i salut, sembla necessària la definició i la participació dels/de les TSS de l'EAP al domicili i comptar amb el treball conjunt o integrat de l'equip amb els serveis socials municipals o supramunicipals. Un dels inconvenients, però, amb què es troben els professionals sanitaris en atenció domiciliària és la dificultat de conciliar el principi del dret universal a la salut i uns serveis socials graciabls. L'oferta en la provisió de serveis socials és molt diversa entre municipis, cosa que pot produir iniquitat si no hi ha una bona regulació. Una atenció integrada de serveis d'atenció social i sanitària podria evitar duplicitats, agilitzar l'assignació i l'accés als recursos i millorar l'atenció²³.

Pel que fa a altres perfils professionals, tot i que no es va preguntar en aquesta enquesta, estudis previs havien detectat que la participació de pediatres i odontòlegs al programa ATDOM era gairebé inexistent i es proposava revisar la participació almenys dels odontòlegs per la importància dels problemes bucodentals en la gent gran i perquè això pot afectar el seu estat nutricional²³.

També cal destacar que en l'UBA tradicional hi havia una major tendència a utilitzar el vehicle personal per realitzar visites a domicili que en la resta de models ATDOM, mentre

que en altres models es combinaven diferents mitjans de transport. La variabilitat observada en aquest aspecte podria ser deguda a les característiques del territori de cada EAP.

També es van observar diferències quant a la implementació del model. Tot i que les principals barreres en tots els models ATDOM i PCC/MACA eren la pressió assistencial i la manca de professionals, els EAP amb un model UBA tradicional per l'ATDOM identificaven més barreres per a la seva implementació que la resta de models. Concretament, més del 40% dels EAP amb aquest model perceïen la situació geogràfica i les cures inverses com a barreres. Això podria estar relacionat amb què els models UBA tradicional són més presents a zones rurals, que estan menys interconnectades que les zones urbanes. A més, cal destacar que els models "unitat d'infermeria" i "unitat multidisciplinària" destacaven com a facilitador per la implementació del seu model la bona coordinació territorial.

Finalment, també és important ressaltar que només el 30% dels EAP indicaven que, a partir dels resultats de l'avaluació, aplicaven millores als programes. Un 30% indicava que, tenien els indicadors integrats al quadre de comandament i prop del 20% en feia un seguiment periòdic. En general, els models més "novedosos" i els recollits a la categoria "altres" eren els que expressaven un major monitoratge dels programes, independentment de si es tractava de l'ATDOM o de PCC/MACA. Destaca en aquest sentit que més d'un 10% dels EAP declaraven que no disposaven d'indicadors o bé que no feien cap mena de revisió/seguiment. Això contrasta amb el fet que, des de l'ICS, i actualment estès a tots els EAP des de la seva incorporació a l'ECAP, s'ha definit un quadre de comandament comú a l'estació clínica d'atenció primària, amb indicadors de procés i resultat recollits a partir de les històries clíniques de totes les persones incloses en el programa ATDOM. Aquest resultat podria ser degut a la recent incorporació a l'ECAP d'alguns EAP i la recent definició d'aquest quadre de comandament. Els indicadors esmentats serveixen també per l'avaluació dels resultats de la implementació dels diferents models, dels quals s'espera que¹⁰:

1. Hi hagi una adequada implementació a escala territorial, a partir de la taxa ajustada de persones incloses en el programa i la seva evolució temporal.
2. No hi hagi desigualtats per gènere, desagregant els indicadors per sexe.
3. Es produeixi una millora de la longitudinalitat de l'atenció, a partir del percentatge de visites presencials fetes per la infermera o professional de referència.
4. Millori la qualitat de l'atenció, a partir de la proporció de persones incloses en ATDOM amb una valoració integral de les seves necessitats, amb la identificació, si escau, com a PCC o MACA, i del nombre d'ingressos i reingressos i visites a urgències evitables.
5. S'incrementi el temps que passen les persones incloses en ATDOM al domicili habitual i no siguin hospitalitzades en els darrers dotze mesos.
6. Millori la seguretat de les persones incloses en ATDOM, a partir de la disminució de la taxa de caigudes i de fractures òssies en aquest col·lectiu.

7. Millori la qualitat de vida de les persones incloses en ATDOM, a partir de la prevenció de l'aparició de nafres i les infeccions d'orina en aquest col·lectiu.
8. S'identifiquin les preferències de les persones incloses en ATDOM i resultats en relació amb el lloc on moren.

En general, per a un major àmbit territorial i per a un major nivell de decisió interessa el resultat de pocs indicadors i que alhora siguin clau, a diferència dels professionals assistencials a qui interessa tota la informació disponible per poder avaluar-la i marcar nous objectius.

D'altra banda, cal tenir en compte les següents limitacions de l'estudi realitzat. La primera rau en la dificultat de conèixer en detall l'organització dels EAP només mitjançant una enquesta semiestructurada, incloent-hi la possibilitat de donar-se diferents interpretacions a determinats enunciats, tal com s'ha esmentat abans. Una entrevista amb cada equip hauria permès obtenir respostes més precises. No obstant això, atès el gran nombre d'EAP, aquesta possibilitat es va descartar per ser poc factible. Tot i això, el formulari administrat va ser exhaustiu i ha permès fer-se una idea de la seva organització per prestar atenció domiciliària i als pacients PCC i MACA. D'altra banda, el fet que els pacients que formen part del programa ATDOM siguin sovint etiquetats com a PCC/MACA dificulta als professionals dels EAP discernir entre l'atenció que se'ls dona als uns o els altres, precisament perquè s'atén el pacient des d'una visió integral centrada en la persona i són els mateixos professionals els que presten aquesta atenció. Per aquest motiu, sovint s'han obtingut respostes sobre el programa ATDOM a preguntes sobre l'atenció a PCC/MACA. En aquesta enquesta no es feia menció als pacients institucionalitzats a residències geriàtriques, cenyint-se a aquells pacients domiciliaris o visitats al centre. Fora doncs d'interès investigar i tenir en compte com s'organitzen els EAP per atendre aquests pacients. Els EAP s'organitzarien per donar la millor assistència en funció de diversos factors com ara les característiques del territori, però també la càrrega assistencial i el perfil/complexitat de la població atesa. Caldria doncs investigar també aquests aspectes, que podrien explicar millor les diferències entre models. Una altra limitació ha estat la incongruència entre diferents respostes del formulari així com la duplicació de respostes (en alguns casos dues persones responien pel mateix EAP amb respostes lleugerament diferents). Aquests fets van suposar una ampliació del període establert inicialment per a la recollida de dades fins al desembre 2022, ja que es va haver de contactar amb els EAP per saber quina era la resposta correcta i resoldre la incongruència.

En conclusió, cal destacar que:

- La participació dels EAP a l'enquesta realitzada ha estat del 100% (taxa de resposta) amb la màxima col·laboració per la seva part en tot el procés de recollida d'informació.
- Els models tradicionals (o més antics) són els més freqüents tant en ATDOM (UBA tradicional i UBA amb trams reservats) com en PCC/MACA (UBA tradicional, UBA amb suport de gestora de casos i UBA amb suport d'una unitat intraEAP).

- El model estrictament tradicional (UBA tradicional) és el que preval en territoris rurals i semirurals tant per ATDOM com per PCC/MACA.
- Els models més “novedosos” predominen en zones semiurbanes i urbanes en ambdós casos (ATDOM i PCC/MACA), especialment en algunes RS com les de Barcelona Metropolitana Nord i Metropolitana Sud.
- Altres tipus de models o models mixtos/híbrids són residuals.
- Les característiques dels models manifestades pels EAP quant a organització interna, formes de coordinació, eines de gestió, aspectes d’implementació i monitoratge o avaluació són molt similars entre PCC/MACA i ATDOM per cada tipus de model.
- Hi ha, però variabilitat en aquestes característiques entre els diferents models dins de cada modalitat (PCC/MACA i ATDOM), circumstància que podria tenir un potencial impacte en els resultats i en els costos derivats de l’aplicació d’aquests models.
- Per tot això, es considera necessari avaluar i comparar l’impacte en termes de resultats de salut, qualitat assistencial i costos dels diferents models en la població inclosa i atesa per aquests programes, així com l’impacte que poden tenir en la població atesa fora d’aquests programes de característiques similars.

Bibliografia

1. Informe de salut de Catalunya 2019. Barcelona: Direcció General de Planificació en Salut; 2020. Disponible a: https://salutweb.gencat.cat/web/.content/_departament/estadistiques-sanitaries/dades-de-salut-serveis-sanitaris/Informe-de-salut-de-Catalunya/Informe-de-Salut-2019.pdf
2. Direcció General de Planificació en Salut. Pla de salut de Catalunya 2021-2025. Barcelona: Departament de Salut; 2021. Disponible a: https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/7948/pla_salut_catalunya_2021_2025_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y
3. Departament de Salut i Departament de Drets Socials. Atenció integrada social i sanitària: línia atenció integrada a l'entorn domiciliari. Model d'atenció integrada social i sanitària a l'entorn domiciliari. Barcelona: Generalitat de Catalunya; febrer 2022. Disponible a: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/10021>
4. World Health Organization (WHO). Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases: 2013-2020. Geneva (Switzerland): WHO; 2013. Disponible a: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf
5. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad; 2012. Disponible a: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf
6. Pla de salut de Catalunya 2011-2015. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2012. Disponible a: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/5519>
7. Blay C, Cabezas C, Corney JC, González-Mestre A, Ledesma A, Martínez M, et al. El Programa de prevenció i atenció a la cronicitat de Catalunya 2011-2014. Barcelona: Direcció General de Planificació i Recerca en Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2015. Disponible a: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/1842>
8. Pla de salut de Catalunya 2016-2020. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2016. Disponible a: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/4040>
9. Estratègia nacional d'atenció primària i salut comunitària (ENAPISC). Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2019. Disponible a: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/_ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Plans-sectorials/Pla-primaria-salut-comunitaria-enapisc/que-es/ENAPISC_document_conceptual.pdf
10. Direcció Estratègica d'Atenció Primària i Comunitària. Direcció General de Planificació i Recerca en Salut. Model del Programa d'atenció domiciliària (ATDOM) de l'atenció primària i comunitària (APiC). Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; setembre de 2022. Disponible a: https://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/ambits-estrategics/atencio-primaria-comunitaria/projectes/model-del-programa-datencio-domiciliaria-de-latencio-primaria-i-comunitaria/
11. Programa de prevenció i atenció a la cronicitat, Pla director sociosanitari, Direcció estratègica d'atenció primària. Bases conceptuals i model d'atenció per a les persones fràgils, amb cronicitat complexa (PCC) o avançada (MACA) - Model-de-Bases-de-Cronicitat. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2020. Disponible a: <https://hdl.handle.net/11351/4956>
12. Programa de millora de l'atenció al domicili des de l'atenció primària de salut. Barcelona: Institut Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; abril 2020. Disponible a: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/4956>
13. Minué-Lorenzo S, Fernández-Aguilar C. Visión crítica y argumentación sobre los programas de atención de la cronicidad en Atención Primaria y Comunitaria. Aten Primaria. 2018;50(2):114-29. Disponible a: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-avance-vision-critica-argumentacion-sobre-los-S0212656717305851>

14. Allepuz Palau A, Piñeiro Méndez P, Molina Hinojosa JC, Jou Ferre V, Gabarró Julià L. Evaluación económica de un programa de coordinación entre niveles para el manejo de pacientes crónicos complejos. *Aten Primaria*. 2015;47(3):134-40. Disponible a: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-evaluacion-economica-un-programa-coordinacion-S0212656714001760>
15. Mármol-López MI, Montoya IM, Lozoya RM, Pérez AE, Gea-Caballero V. Impacto de las intervenciones enfermeras en la atención a la cronicidad en España. Revisión sistemática. *Rev Esp Salud Pública* 2018; 92:15. e201806032. Disponible a: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-57272018000100501
16. Gorina M, Limonero JT, Peñart X, Jiménez J, Gassó J. Comparación de la satisfacción de los usuarios de atención domiciliaria: modelo integrado vs. modelo dispensarizado. *Aten Primaria*. 2014;46(6):276-82. Disponible a: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-comparacion-satisfaccion-usuarios-atencion-domiciliaria-S0212656713002904>
17. Atención a la cronicidad: el modelo basado en el sentido común (AMF 2019) Cómo nos organizamos. Barcelona: SEMFyC; 2019. Disponible a: http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2403
18. Crónicos: ¿con o sin Atención Primaria? (AMF 2014) [editorial] [Internet]. Barcelona: SEMFyC; 2014. Disponible a: http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1294
19. FoCAP Fòrum Català d'Atenció Primària. L'invent de la cronicitat [Internet]; 2017. Disponible a: <https://focap.wordpress.com/2017/09/01/linvent-de-la-cronicitat/>
20. FoCAP Fòrum Català d'Atenció Primària. La longitudinalitat ha de ser una prioritat [Internet]; 2017. Disponible a: <https://focap.wordpress.com/2017/01/19/la-longitudinalitat-ha-de-ser-una-prioritat/>
21. Gené Badia J, Hidalgo García A, Contel Segura JC, Borràs Santos A, Ortiz Molina J, Martín Royo J, et al. Seguimiento de una cohorte de atención domiciliaria. *Aten Primaria*. 2006 Jun 15;38(1):47-50. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7676173/>
22. Servei Català de la Salut Unitat d'Informació i Coneixement, Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat. Ús de recursos i despesa sanitària dels pacients en atenció domiciliària: any 2016. Barcelona: Servei Català de la Salut; 2018. (Informes breus; 13/2018). Disponible a: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/3457>
23. Lacasa C. Evaluación de la atención domiciliaria en la atención primaria de salud. *Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria*. 2005;7: 1-11. https://ddd.uab.cat/pub/rceap/rceap_a2005m6n7/rceap_a2005m6n7a3.pdf
24. Coderch J, Pérez-Berruezo X, Sánchez-Pérez I, Sánchez E, Ibern P, Pérez M, et al. Evaluación de la efectividad de un programa de atención integrada y proactiva a pacientes crónicos complejos. *Gac Sanit*. 2018;32(1):18-26. Disponible a: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112018000100005
25. Bases per a un model català d'atenció a les persones amb necessitats complexes: conceptualització i introducció als elements operatius. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2017. Disponible a: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/3305>
26. Bases conceptuals i model d'atenció per a les persones fràgils, amb cronicitat complexa (PCC) o avançada (MACA). Barcelona: Direcció General de Planificació en Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2020. Disponible a: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/7007>
27. Avaluació econòmica dels models organitzatius d'atenció a la cronicitat a l'atenció primària (protocol de l'estudi). Barcelona: Sistemes d'Informació dels Serveis d'Atenció Primària (Direcció Assistencial i Comunitària, Institut Català de la Salut) i Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya; 2020 [Document d'ús intern]

Salut/  Agència de Qualitat i Avaluació
Sanitàries de Catalunya

<https://aguas.gencat.cat>

 [@AQuAScat](https://twitter.com/AQuAScat)

 [aquas-salut](https://www.linkedin.com/company/aquas-salut)

 [@aguasgencatsalut](https://www.youtube.com/@aguasgencatsalut)