



## ORIGINAL

# Los problemas de salud también explican la utilización de servicios sociales en atención domiciliaria

Joan Gené Badia<sup>a,b,c,\*</sup>, Joan Carles Contel Segura<sup>b</sup>, Antonio Hidalgo García<sup>d</sup>, Alícia Borràs Santos<sup>a,e</sup>, Montserrat Porta Borges<sup>f</sup>, Anna Oliver Olius<sup>f</sup>, Montse Saus Arus<sup>f</sup>, Carlos Ascaso Terren<sup>c</sup>, Martiño Piñeiro González<sup>c</sup>, Francisco Cegri Lombardo<sup>b</sup>, Esther Limón Ramírez<sup>b</sup>, Antonio Aranzana Martínez<sup>b</sup>, Antonio Heras Tebar<sup>b</sup>, Ramón Noguera Rodríguez<sup>g</sup>, Roser Pedret Llaberia<sup>b</sup>, Manuel Borrell Muñoz<sup>h</sup>, M. Dolors Camprubí Casellas<sup>b</sup>, Jacinto Ortiz Molina<sup>i</sup>, Jaume Martín Royo<sup>a</sup>, Susana Gonzalez Martinez<sup>i</sup> y Equipo de Investigadores HC > 65<sup>1</sup>

<sup>a</sup>CAPSE Consorci d'Atenció Primària de Salut de l'Eixample, Barcelona, España

<sup>b</sup>I.C.S. Institut Català de la Salut, Barcelona, España

<sup>c</sup>Universitat de Barcelona, Barcelona, España

<sup>d</sup>IDIAP Jordi Gol, Barcelona, España

<sup>e</sup>Fundació Jordi Gol i Gurina, Barcelona, España

<sup>f</sup>CAP Larrard PAM, Barcelona, España

<sup>g</sup>C.S.I. Consorci Sanitari Integral, Barcelona, España

<sup>h</sup>CAP Sarrià, Barcelona, España

<sup>i</sup>CAP Les Corts Gesclinic, Barcelona, España

Recibido el 13 de febrero de 2008; aceptado el 18 de junio de 2008

### PALABRAS CALVE

Servicios sociales;  
Atención domiciliaria;  
Desigualdades;  
Utilización

### Resumen

**Objetivo:** identificar las variables relacionadas con el hecho de recibir servicios sociales de carácter público o privado antes de la implantación de la Ley de Dependencia en pacientes recluidos en sus domicilios.

**Diseño:** estudio descriptivo transversal.

**Emplazamiento:** 72 equipos de atención primaria de Cataluña (EAP).

**Participantes:** pacientes mayores de 64 años, no institucionalizados atendidos por un programa de atención domiciliaria de los EAP.

**Mediciones principales:** de cada paciente se registraron: comorbilidad, estado funcional, estado cognitivo, si tenía úlceras por presión, salud subjetiva, valoración social, utilización de servicios sociales y sanitarios formales e informales, sobrecarga del cuidador, ingresos

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [jgene@clinic.ub.es](mailto:jgene@clinic.ub.es) (J. Gené Badia).

<sup>1</sup>En el anexo se presenta el Equipo Investigadores HC > 65.

en residencias, hospitales o urgencias, además del número de visitas de profesionales sanitarios.

**Resultados:** participan 1.068 pacientes, el 46,8% recibe algún servicio social. Las variables relacionadas con la prestación de servicios sociales son: el grado de dependencia (Barthel), las úlceras por presión y recibir rehabilitación a domicilio. El test de Barthel está firmemente asociado a la problemática social (Gijón), carecer de cuidador informal, más de dos visitas de médico de familia y tener sanidad privada adicional.

**Conclusiones:** para ser más equitativa, la valoración de las prestaciones de la Ley de Dependencia debería considerar también el estado de salud. Antes de la aplicación de esta ley se intuye una dificultad de acceso a los servicios sociales formales para las clases medias que no acceden a las prestaciones públicas ni pueden pagarlas. Las prestaciones sociales son todavía una alternativa a la atención familiar.

© 2008 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

## KEYWORDS

Social services;  
Home care;  
Inequalities;  
Utilisation

## Health problems also explain social services use in home care

### Abstract

**Objective:** To identify which social and health variables are associated with receiving social services in patients included in home care programmes with the implementation of the Dependence Law.

**Design:** Cross-sectional study.

**Setting:** 72 primary health care teams in Catalonia.

**Patients:** Patients over 64 years old with chronic diseases in home care programmes in Catalonia.

**Measurements:** Health status variables: Charlson, Barthel, Pfeiffer, Braden and Gijon, data from their carer (Zarit), self perception of health (SF-12), health professional visits, as well as: emergency visits, temporary admissions, and final results such as death or definitive admission in a nursing home or a hospital.

**Results:** A total of 1068 patients were included, 46.8% of the patients received some kind of social service, public or private. We observed that the variables related to receive some kind of social services are: high dependence (Barthel test), pressure sores and home care rehabilitation. Barthel test is highly associated with having social problems (Gijon test), living without an informal carer, more than 2 GP visits and having additional private health care.

**Conclusions:** To be more fair, the evaluation of the provisions of the Dependence Law should also consider the health status of the patient. With the implementation of this law we can observe difficulties in access to social services for middle class patients. These patients do not have access to public social assistance and cannot pay for a private one. Social services are still an alternative to family care.

© 2008 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Introducción

El 20% de la población europea de más de 65 años tiene algún grado de dependencia.

En los países del sur de Europa, como España, Portugal o Grecia, su cuidado recae en la familia y, sobre todo, en las mujeres<sup>1</sup>. En estos países mediterráneos la utilización de redes de servicios sociales formales es del 1%, mientras que en los nórdicos se sitúa en el 10–20%<sup>2</sup>.

Con el objetivo de mejorar la cobertura en servicios sociales de la población dependiente, se ha implantado en 2007 en España la Ley de Dependencia.

La prestación se decide valorando la dependencia con una escala multidimensional muy compleja que incluye factores relacionados con discapacidades para las actividades de la vida diaria y para las instrumentales<sup>3</sup>, basado en un estudio que asocia el consumo de recursos sociales con estos tests de valoración de la dependencia<sup>4</sup>.

Presentamos los resultados del primer año de seguimiento de una cohorte de pacientes mayores de 64 años atendidos en un programa de atención domiciliaria (PAD) en equipos de atención primaria (EAP) de Cataluña (Atención Primaria HC65).

Deseamos identificar las variables que se encuentran asociadas a recibir servicios sociales de carácter público o privado en este tipo de pacientes incluidos en PAD en Cataluña, antes de la implantación de la ley.

## Método

### Diseño

Estudio descriptivo transversal. Se analiza la información basal de los individuos seleccionados para formar parte de una cohorte de atención domiciliaria<sup>5</sup>.

## Muestreo

Se seleccionó a 378 investigadores de 72 EAP de Cataluña del ámbito urbano y rural. Cada uno de los investigadores debía aportar un mínimo de 3 pacientes, reclutados en el período de 1 junio a 31 de diciembre de 2005 o que en ese período de reclutamiento hiciera menos de 12 meses que estuvieran en el programa.

## Criterios de inclusión de los pacientes

Pacientes mayores de 64 años, no institucionalizados, con alguna enfermedad crónica, que ingresaron en un PAD de su EAP.

## Criterios de exclusión

Se excluyó del estudio a los pacientes que rechazaron participar, los que sólo estaban temporalmente a cargo del EAP, los terminales con una esperanza de vida prevista menor de 3 meses, los posquirúrgicos que precisaban atención transitoria y los que presentaran un importante deterioro cognitivo, ellos mismos o su cuidador, que impidiera la recogida de información.

## Información

De cada paciente se registraron sus características clínicas (edad, sexo), su grado de comorbilidad (test de Charlson), su estado funcional (test de Barthel), su estado cognitivo (test de Pfeiffer), si tenían úlceras por presión y el riesgo de que aparecieran (test de Braden), su estado de salud subjetiva (test SF-12), su valoración social (test de Gijón), el tipo de úlceras que tenía, la utilización de servicios sociales y sanitarios (ayuda a domicilio, teleasistencia, comida a domicilio, voluntarios, centro de día u otros servicios), tanto de tipo formal como informal, considerando la sobrecarga del cuidador (test de Zarit), así como el número de ingresos en residencias, hospitales o urgencias, además del número de visitas recibidas por los profesionales de la medicina de cada centro (médicos, enfermeras o trabajadores sociales) o si habían recibido o no visitas de otros servicios médicos (PADES, Urgencias 061, sanidad privada, hospitalización a domicilio, atención continuada, hospital de día o rehabilitación a domicilio).

Las variables cuantitativas que ha sido posible categorizar se han categorizado para una mejor interpretabilidad de los modelos, mediante el siguiente método: dividir en deciles y categorizar para asegurar el mínimo valor de p posible en la regresión bivariable, en cada uno de los casos.

En este caso, nos hemos centrado en estudiar las siguientes variables de interés: tener o no tener servicios sociales (creada a partir de la recodificación de la suma de las variables binarias que indicaban los seis servicios disponibles).

## Bases de datos y control de calidad

Cada investigador registró estos datos en unas fichas que se procesaron de forma centralizada.

Se realizó un control de la calidad de la información auditando una muestra aleatoria del 10% de los pacientes del estudio. La concordancia entre las fichas y los datos registrados en la historia clínica se valoró con el índice kappa para las variables cuantitativas y con el índice de correlación interclase (ICC) para las variables cuantitativas.

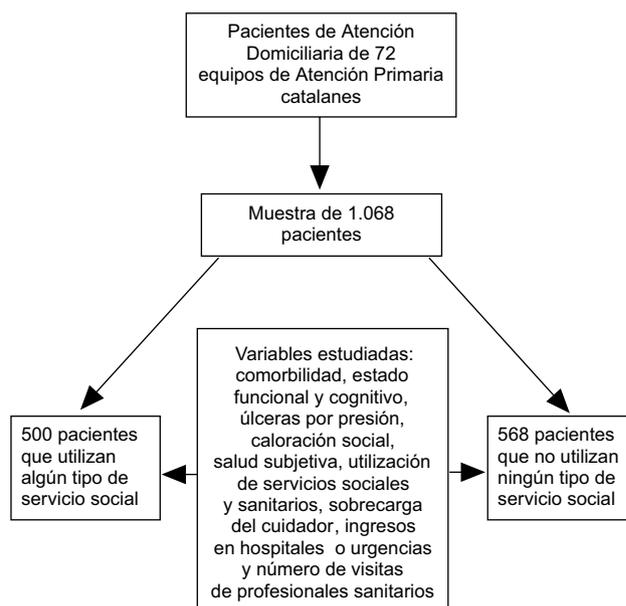
## Análisis estadísticos

Las variables cualitativas se han descrito mediante tablas de frecuencias y las cuantitativas mediante el cálculo de media, mediana, desviación tipo, mínimo y máximo. La estadística bivariable de las variables cualitativas se ha analizado utilizando el test de la  $\chi^2$  y modelos de regresión logística. Los modelos finales de regresión logística se han construido introduciendo como variables independientes todos los factores explicativos que presentaban en la estadística bivariable valores de significación  $\leq 10\%$ . En los modelos finales se han seleccionado los factores que presentaban valores de significación estadística  $< 5\%$  y se ha realizado con el método de paso a paso hacia atrás. Los resultados finales se han expresado en *odds ratio* (OR) y se han estimado los intervalos de confianza (IC) del 95%<sup>6,7</sup>.

El análisis estadístico ha sido realizado mediante las herramientas del SPSS 14.0 (análisis univariable) y del SAS 9.1 (análisis bivariable y multivariable), IC del 95% y alfa del 5% (esquema 1).

## Resultados

Se han recogido 1.068 pacientes mayores de 64 años, incluidos en programas de atención domiciliaria en Cataluña. Las características clínicas de estos pacientes se muestran en la [tabla 1](#). La [tabla 2](#) recoge las características de los cuidadores de estos pacientes y en la [tabla 3](#) se



**Esquema 1** Esquema general del estudio Estudio descriptivo transversal para identificar qué variables tienen relación con que los pacientes de atención domiciliaria reciban servicios sociales.

**Tabla 1** Características clínicas de los pacientes incluidos en el programa

Edad	83,6 ± 6,5
Mujeres	710 (66,5)
Días de permanencia en el PAD	160,8 ± 147,4
Comorbilidades	
Sin comorbilidad	173 (16,2)
1 comorbilidad	268 (25,1)
2 o más comorbilidades	622 (58,7)
Grado de dependencia (test de Barthel)	
Dependencia total	113 (10,6)
Dependencia severa	73 (6,8)
Dependencia moderada	197 (18,5)
Dependencia leve	616 (57,7)
Autónomos	68 (6,4)
Estado cognitivo (test de Pfeiffer)	
Normal	566 (53,1)
Deterioro cognitivo leve	194 (18,2)
Deterioro cognitivo moderado	164 (15,4)
Deterioro cognitivo importante	142 (13,3)
Riesgo de úlceras (test de Braden)	
Riesgo alto de UPP	49 (4,6)
Riesgo moderado	86 (8,1)
Riesgo bajo	266 (25,2)
Riesgo muy bajo	656 (62,1)
Riesgo social (test de Gijón)	
Sin riesgo social	534 (50,7)
Riesgo social	391 (37,1)
Problemática social	128 (12,2)
Percepción subjetiva del componente físico (PCS-12)	30,9 ± 7,7
Percepción subjetiva del componente mental (MCS-12)	38,9 ± 12,3
¿Tienen úlceras?, no	924 (86,5)
Hábitos tóxicos	
Consumo de tabaco, no	1.034 (96,8)
Consumo de alcohol, no	977 (91,5)

Los datos expresan media ± desviación típica o n (%).

**Tabla 2** Características de las personas que cuidan a los pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria

¿Tienen cuidador informal?	879 (82,3)
Cuidador informal, mujer	673 (63)
Edad del cuidador informal	61,8 ± 13,9
Grado de sobrecarga del cuidador (test de Zarit)	
Sin sobrecarga del cuidador	378 (43,7)
Sobrecarga leve	186 (21,5)
Sobrecarga intensa	301 (34,8)
Test de Zarit (cuidador informal)	50,7 ± 16,5
¿Tienen ayuda a domicilio?, sí	401 (37,5)
Horas/semana de ayuda a domicilio	47,9 ± 58,7

Los datos expresan media ± desviación típica o n (%).

**Tabla 3** Utilización de servicios sociales y sanitarios de los pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria durante el período de estudio

<i>Utilización de servicios sanitarios por paciente desde que entraron en el programa ATDOM</i>	
Número de días en residencias geriátricas o centros sociosanitarios	1,5 ± 9,7
Número de ingresos hospitalarios	0,3 ± 0,8
Número de visitas a urgencias	0,5 ± 1,1
<i>Intensidad de visitas a domicilio por paciente de los servicios sanitarios desde que entraron en el programa ATDOM</i>	
Número de visitas de:	
Trabajadora social	0,2 ± 0,6
Médico responsable	2,3 ± 2,8
Otro médico del centro	0,4 ± 1,1
Enfermera responsable	5,4 ± 8
Otra enfermera del centro	0,8 ± 2,7
Médicos (en conjunto)	2,7 ± 3,2
Enfermeras (en conjunto)	6,2 ± 9,4
<i>Realización de visitas de otros servicios sanitarios desde que entraron en el PAD</i>	
Número de visitas del	
PADES	31 (2,9)
061	146 (13,7)
Servicios sanitarios privados	76 (7,1)
Servicios de hospitalización a domicilio	4 (0,4)
Atención continuada	121 (11,3)
Hospital de día	22 (2,1)
Rehabilitación a domicilio	103 (9,6)
<i>Servicios de atención personal de carácter social desde que entraron en el programa ATDOM</i>	
Servicio de ayuda a domicilio	401 (37,5)
Teleasistencia	88 (8,2)
Comidas a domicilio	10 (0,9)
Voluntarios	14 (1,3)
Centro de día	15 (1,4)

Los datos expresan media ± desviación típica o n (%).

presenta el consumo de servicios sociales y sanitarios que han realizado. Finalmente, las tablas 4 y 5 presentan los resultados del análisis bivariable y multivariable, respectivamente, que muestran las variables que, de forma independiente, se relacionan con recibir servicios de carácter social en estos pacientes.

Los tipos de servicio de carácter social a los que hace referencia el estudio pueden ser: servicio de ayuda a domicilio, teleasistencia, comidas a domicilio, voluntarios, centros de día y otros.

Además, hemos podido comprobar que no hay influencia significativa del entorno (centro de atención primaria, CAP) en el hecho de recibir servicios sociales. Es decir, que el hecho de que un paciente pertenezca a un CAP o a otro no parece afectar a que reciba más o menos servicios de carácter social.

El test de Barthel se correlaciona con la variable problemática social: test de Gijón (coeficiente de Spear-

**Tabla 4** Variables relacionadas con la utilización (46,8%) o no (53,2%) de los servicios sociales de los pacientes incluidos en PAD de los EAP según el análisis bivariante

Grupos iniciales	Covariables	Categorías	Servicios sociales		N	OR	IC del 95%
			Sí (%)	No (%)			
Hábitos de salud	Edad	65-84	43,78	56,22	571	1	
		+84	50,30	49,70	497	1,2996	1,0209-1,6543
	Comorbilidad	<2	48,07	51,93	672	1	
Estado del paciente	Barthel	>2	43,96	56,04	389	0,8475	0,6594-1,0893
		Total-moderada	52,62	47,38	382	1	
	Leve-autónomo	43,65	56,35	685	0,6975	0,5426-0,8968	
Cuidador informal	Braden	Alto-moderado	58,52	41,48	135	1	
		Bajo/muy bajo	45,08	54,92	925	0,5819	0,4035-0,8391
	Gijon	Sin riesgo social	43,89	56,11	925	1	
Física SF-12	Física SF-12	Problemática	67,19	32,81	128	2,6175	1,7702-3,8705
		<28	42,3	57,7	305	1	
		28-37,5	50,43	49,57	230	1,3883	0,9841-1,9585
		>37,5	41,05	58,95	229	0,6843	0,4732-0,9896
Ingresos	Edad	Sí	40,16	59,84	879	0,1917	0,1326-0,2772
		<64	40,08	59,92	529	1	
		64-70	23,33	76,67	90	0,4551	0,271-0,7643
		70-81	39,55	60,45	177	2,1485	1,2109-3,8159
		>81	60,49	39,51	81	2,3406	1,367-4,0077
Residencias	Sexo	Varón	53,23	46,77	201	1	
		Mujer	36,26	63,74	673	0,4997	0,3634-0,6871
		>1	60,47	39,53	43	1,7816	0,955-3,3257
Hospital	Hospital	0	45,26	54,74	822	1	
		>1	51,71	48,29	234	1,2953	0,9684-1,7326
		Urgencias	0	43,68	56,32	760	1
Úlceras	Urgencias	>1	54,58	45,42	306	1,5488	1,1861-2,0225
		No	44,59	55,41	924	1	
		Grado 1 o 2	65,18	34,82	112	2,3261	1,544-3,5044
Visitas	Trabajador social	Grado 3 o 4	41,38	58,62	29	0,3771	0,1636-0,8692
		≤ 1	43,43	56,57	875	1	
		>1	63,04	36,96	184	2,2221	1,601-3,0842
		Médico responsable	<2	42,58	57,42	714	1
Enfermero responsable	Enfermero responsable	≥ 2	55	45	340	1,6484	1,2709-2,1381
		<2	38,6	61,4	272	1	
		Enfermero del centro	≥ 2	49,36	50,64	780	1,5502
Visitas a otros servicios	Urgencias 061	<2	46,7	53,3	923	1	
		2	34,04	65,96	47	0,5892	0,3179-1,092
		>2	45,35	45,35	86	2,3349	1,1166-4,8828
		No	44,78	55,22	920	1	
		Sí	58,9	41,1	146	1,7673	1,24-2,5189

Tabla 4 (continuación)

Grupos iniciales	Covariables	Categorías	Servicios sociales		N	OR	IC del 95%
			Sí (%)	No (%)			
	Servicio sanitario privado	No	45,1	54,99	991	1	
		Sí	69,74	30,26	76	2,8159	1,6992–4,6665
	Hospital de día	No	46,32	53,68	1045	1	
		Sí	68,18	31,82	22	2,4838	1,0044–6,1419
	Rehabilitación a domicilio	No	45,44	54,56	964	1	
		Sí	59,22	40,78	103	1,7442	1,1541–2,6359

IC: intervalo de confianza; OR: odds ratios.

Tabla 5 Variables asociadas con la utilización de servicios sociales de los pacientes incluidos en PAD de los EAP según el análisis multivariable

Modelo final de servicios sociales		OR	IC del 95%
	Barthel	Total-moderada	1,0248
		Leve/Autonoma	1
	Úlceras	No	1
		Grado 1 o 4	1,6804
	Rehabilitación a domicilio	No	1
		Sí	1,5975

IC: intervalo de confianza; OR: odds ratio.

man,  $-0,12$ ;  $p = 0,0001$ ), con la variable cuidador informal (coeficiente de Spearman,  $-0,076$ ;  $p < 0,001$ ) y con tener más de dos visitas del médico de familia (coeficiente de Spearman;  $-0,1$ ;  $p = 0,0008$ ). El número de visitas del médico de familia está correlacionado a su vez con tener sanidad privada (coeficiente de Spearman,  $0,067$ ;  $p = 0,0287$ ).

## Discusión

Casi la mitad de los pacientes recluidos en su domicilio y atendidos por un programa de atención domiciliaria de los equipos de atención primaria reciben algún tipo de servicio social formal tanto público como privado. La proporción es ligeramente superior en los que tienen un mayor grado de dependencia. Las otras variables que de forma independiente se asocian con esta prestación son: tener úlceras por presión y recibir rehabilitación a domicilio. En este modelo, el test de Barthel está firmemente asociado con el riesgo de sufrir problemática social medida con el test de Gijón, carecer de cuidador informal, haber recibido más de dos visitas del médico de familia y tener sanidad privada adicional.

La muestra utilizada en este estudio proviene de profesionales que voluntariamente desearon participar por lo que sólo tiene validez para valorar asociaciones entre variables, y no puede considerarse estrictamente como una descripción fidedigna de la atención domiciliaria que hoy se presta en Cataluña. Sin embargo, su gran tamaño y la elevada dispersión geográfica y de proveedores, junto con la calidad de los datos registrados, seguramente nos ofrecen una buena aproximación a la prestación social que recibe un grupo de población dependiente que reside en su domicilio antes de la implantación de la Ley de Dependencia.

Las úlceras por decubito aparecen en pacientes encamados de alto riesgo en las fases terminales, y la rehabilitación domiciliaria se aplica básicamente a los que han presentado un accidente vascular cerebral o han sido sometidos a cirugía traumatológica. Ambos son indicadores de enfermedad severa que limita el grado de autonomía y la movilidad. Así, coincidimos con otros autores<sup>8,9</sup> al observar que la afectación del test de Barthel y la severidad de la enfermedad que produce grados elevados de dependencia se asocian con la probabilidad de recibir servicios sociales. Estas observaciones hacen pensar que seguramente es acertado que la recién lanzada Ley de Dependencia priorice la prestación de servicios según un cuestionario que

considera la dificultad para realizar las actividades básicas (test de Barthel) y las actividades instrumentales (test de Lawton) de la vida diaria, pero también debería contemplar los aspectos vinculados a la severidad de la enfermedad. Para avanzar hacia una cobertura universal y equitativa de la dependencia, hace falta identificar también al grupo de pacientes con enfermedades graves, especialmente si están encamados, porque requieren mayores cuidados sociales.

Aparecen dos indicadores socioeconómicos relacionados con la recepción de servicios sociales formales. Es lógico que se produzcan desigualdades en el acceso vinculadas a factores socioeconómicos en un entorno de falta de cobertura universal. Tienden a disfrutar más servicios, tanto los de alto riesgo de problemática social, medida con el test de Gijón, como los que complementan los servicios sanitarios públicos con la atención médica privada. Se intuye, pues, una dificultad de acceso a los servicios sociales formales de los pacientes de clases sociales medias. Las prestaciones públicas se priorizan en los más desfavorecidos y, como en otros entornos<sup>10</sup>, los más acomodados son los que más servicios consumen. La aplicación de la Ley de Dependencia, además de mejorar las coberturas, debería favorecer que desaparecieran estas inequidades.

Los que carecen de cuidador informal tienden a disfrutar más servicios sociales. Parece que en un entorno como el nuestro, de recursos limitados y cultura mediterránea de implicación familiar en la atención a los mayores, estos servicios formales tienen un papel sustitutivo de la falta de soporte informal<sup>9</sup>. Afortunadamente, no apreciamos que se produzca la ley del cuidado inverso, que supondría ofrecer más servicios formales a los que cuentan con un red social y familiar más fuerte por disponer de más facilidad para tramitar las prestaciones<sup>9,11</sup>. En todo caso, la comida a domicilio, los voluntarios y los centros de día mantienen a muchos pacientes en su domicilio pero no pueden ayudar a los que necesitan constante supervisión<sup>12</sup>. Por este motivo, y debido al crecimiento del número de personas dependientes que viven solas sin disponer de una red informal, el Reino Unido se está planteando formar a los vecinos para que puedan suplir a la familia, además de reforzar las ayudas domésticas con financiación pública<sup>8</sup>. La progresiva desaparición de la familia tradicional en nuestro medio también nos obligará a avanzar hacia soluciones de este tipo.

Otros autores hallan otras variables relacionadas con la prestación de servicios sociales. Mencionan la edad, las estancias previas en hospital o residencia geriátrica, los bajos grados de salud percibida, las horas de cuidador informal o el número de miembros en el hogar<sup>9</sup>. Posiblemente no las detectamos porque el trabajo se ha centrado en un grupo de población de edad muy avanzada y de muy baja percepción de salud subjetiva o porque nuestro sistema social y sanitario responde de forma distinta ante estas necesidades. Un análisis anterior de esta misma población mostró que el sexo masculino, la edad avanzada, la elevada comorbilidad (comorbilidad > 2), la presencia de úlceras por presión, la mala percepción de salud física y las visitas previas a urgencias condicionaban los ingresos hospitalarios<sup>13</sup>. Seguramente nuestro sistema social y sanitario no cuenta con la infraestructura suficiente para atender en la comunidad a estos pacientes graves susceptibles de intervención curativa y, por lo tanto, tendemos a ingresarlos.

## Lo conocido sobre el tema

- La Ley de Dependencia prioriza la prestación de servicios atendiendo a la dificultad para realizar las actividades básicas (test de Barthel) y las actividades instrumentales (test de Lawton) de la vida diaria.
- Otras variables relacionadas con la prestación de servicios sociales en la literatura son: la edad, las estancias previas en hospital o residencia geriátrica, los bajos grados de salud percibida, las horas de cuidador informal y/o el número de miembros en el hogar.

## Qué aporta este estudio

- Casi la mitad de los pacientes atendidos por un programa de atención domiciliaria recibe algún tipo de servicio social formal, tanto público como privado.
- El consumo de servicios sociales formales no sólo depende del grado de dependencia para realizar las actividades de la vida diaria, sino también de la gravedad de la enfermedad.
- Antes de aplicar la Ley de Dependencia, las personas de clase media accedían menos a los servicios sociales formales ya que no quedan cubiertas por los servicios públicos, ni pueden permitirse los privados.

Los trastornos del ánimo o el deterioro cognitivo tampoco influyen en la prestación de servicios sociales formales. Se ha descrito que los síntomas depresivos pueden predecir la utilización<sup>8</sup>, en cambio la demencia conlleva más cuidado informal que formal<sup>14</sup>. La relación entre la utilización de servicios sociales y sanitarios en el domicilio y otras características del paciente, como la soledad, el nivel de ingresos o el sexo, es poco clara. Algunos autores señalan que es más probable que las mujeres discapacitadas vivan solas y que las mujeres casadas reciban menos horas de cuidado informal que los maridos<sup>15</sup>. Las hijas son mayoritariamente las cuidadoras de las mujeres discapacitadas, mientras que las esposas lo son de los varones discapacitados. Estas diferencias están relacionadas con factores socioculturales respecto al rol social del cuidador<sup>15</sup>.

Temíamos que hubiera inequidades atribuibles a la oferta de servicios sociales, ya que los responsables de esta prestación, gobierno autónomo o municipio, varían en cada localidad, y también varía la disponibilidad de trabajador social según cada equipo. Afortunadamente, la variable centro de atención primaria no aparece como asociada a la prestación de servicios sociales, por lo que no se identifican variables atribuibles a la oferta.

El estudio muestra que las variables relacionadas con el consumo de servicios sociales formales no sólo dependen del grado de dependencia para realizar las actividades de la vida diaria, sino también de la gravedad de la enfermedad que presentan los pacientes<sup>16</sup>, identificada por la presencia de úlceras de decúbito y por la utilización de servicios de

rehabilitación domiciliarios. Los cuestionarios empleados para valorar la asignación de prestaciones sociales en la recién creada Ley de Dependencia deberían valorar también estos aspectos para realizar una asignación más equitativa de los recursos. Se intuye una inaccesibilidad a los servicios sociales formales entre las personas de clase media que no quedan cubiertas por los servicios sociales públicos ni tienen los recursos suficientes para acceder a los privados. Hasta ahora la superación de un umbral de renta media e incluso media-baja ha significado un criterio de exclusión para recibir servicios sociales. Esperemos que la futura implantación de la Ley de Dependencia corrija esta inequidad.

## Financiación

Proyecto financiado con la beca MAPFRE de Investigación 2005–2006, con una beca de investigación de la Agència d'Avaluació de la Tecnologia i la Recerca Mèdiques del año 2004 y con el premio en Investigación de la Sociedad Catalana de Medicina de Familia y Comunitaria (2004).

## Anexo. Listado de investigadores

### CAP Sagrada Familia (CSI)

Ramón Noguera Rodríguez, Natalia Riera, Sandra Villares Polis, Silvia Dueñas Martín.

### CAPSE

Joan Gené, Alícia Borràs, Jaume Martin.

Santiago Pérez de Haro, Elisenda Sant Arderiu, M. Angels Moreno Ubiedo, Silvia Porcar León, Ana Pereira Rosalen, Marta Navarro González, Núria Gimferrer Artigas, Núria Sánchez Ruano, Noemí García Planas, Isabel Carretero Huertas, Rosa Segarra López, Gemma Amat, Blanca Valero Navarro, Mercé Mateu Hosta, Joan Clos Soldevila, Isabel Boix Soriano, Amparo Hervás Docon, Josep Maria Vilaseca.

### CAP Les Corts

Jacinto Ortiz Molina, Susana Gonzalez Martinez, Josep Miquel Sotoca, Antoni Sisó Almirall, Ignacio Menacho Pascual, Gustavo Pacheco Navas, M. José Giner Martos, Pilar Arrabal García, Eloisa Molés Moliner, Salvador Sitjar Martínez de Sas, Daniel Cararach Salami, M. Luisa Moro Esteban, Berta De Andres Beuter, Mireia López Poyato, M. Lluïssa Serrat Asensio, Susanna Bermúdez Chillida, Angels Montroig Rodríguez, Silvia Canivell Fusté, Ana M. Perez del Molino Cucurny.

### EAP Sarria

Manuel Borrell Muñoz, M. Pilar Arevalillo García, Pilar Mayor Sánchez, Mercedes Pérez-Moreno Pallarés, Maria Canals Baldrich, Rosa Bosch Viñas, Blanca Albareda Ramírez, Anna Roca Fusalba, Jordi Arrufat Espinosa, Alan Persa Schmaab.

### ABS Tremp

Teresa Montanuy Baró, Lúdia Escur Pujol, Conxita Nogues Santandreu, Gabriel Monferrer Monfort.

### CAP Larrard PAM

Anna Oliver Olius, Montserrat Porta Borges, Sonia Rivas Zuazo, Carlos Alonso Arcos, Claudia Cardoner Bastardes, Irene Herrera Solsona, Carlos Martínez Gaitero, Silvia Roig del Valle, Antoni Santiveri Villuendas, Montserrat Saus Arus, Carolina Vega López, Cristina Zamora López, Roger Badia Casas, Gemma Pomares Marco, Marta Serrate Casado.

### ABS Castelldefels

Montse González Santamaría, M. Carmen Gallardo González, Imma Campamà Tutusaus, Fernando Diaz Juliano, Jesusa Balasch.

### EAP Gavà 1

Rosa M. Aranzana Martinez, Elvira Altuna Elizondo, Beatriz Arizaga Ciordia, José Luis Caballé Godia, Jesús Cañizares Rivero, Blanca De Miguel Ibáñez, F. Javier Gómez Ruiz, Elena Sáenz González.

### EAP Gavà 2

Lucila Gonzalo Miguel, Pilar Núñez Manrique, Gemma Martínez Saiz, Rita Fernández Vergel, Maite Peñarubia Maña, Carmen Carretero Sánchez.

### EAP Vinyets

Leonor Cadena Andreu, Rosario Domínguez Mendoza, Sonia Cabrera Robledo, David Gosalbez García, África Soler i Castillo, Francesc Fernández Sesma, Esther Quesada Suárez.

### ABS Sitges

Herminia Palacín Piquero, Carme Pont García, Primitivo Sabaté López, Antonia Paños Marsal, Isabel Jiménez Sanchez, M. Elena Betancor Fernández, Sofía Álvarez López, Irene Esteban Antón.

### EAP Vallirana

Núria Casamada, Rosa Maria Llauredó, Juan Mata, Jaime Colominas, Adela Gómez, Glòria Bargalló, Eva Vegara Mora, Imma Arrabal González.

### EAP Pujol i Capçada

Oscar Mazerés Ferrer, Francisco González Carrión, Begoña González Carrión, Maribel Matilla Font, Meritxell Pi Juan, Joan Gallego Cuxart, Encarni Diaz Castro.

### ABS Viladecans

Asunción Nosas Canovas, J. Luis García Ferrer.

### ABS Camps Blancs

Socorro González Perea, Inés Vázquez González, Teresa Arnau Pujolras, Roser Giner Nogueras

### CAP Montclar

Emilia Vaquera Morillo, Pilar Fernández Lorenzo, Joan Torras Gelabert.

**EAP Bon Pastor**

Amparo Alario Mifsud, M. del Camino García Gutiérrez, Margarita Lasheras, Eva Ares Fernandez, Luz Roura, Rosa Fernández Yánez.

**CAP Vall d'Hebron**

Cristina Vivas Brau, Concepción Giner Soria.

**CAP Horta**

Gloria Sánchez Sánchez, Rosa M. Fernández Salafranca.

**ABS Guineueta**

M. Isabel Pacheco Ortiz, Pilar Escudero Recio.

**EAP Pg. Sant Joan**

Anna Cantó, Maria Clotet Rebullida, Leocricia Sillero, Marina Esteve, Fany Rodrigo, Lourdes Lasasoa.

**CAP Pare Claret**

Francisco Cegri Lombardo, Antonio Aranzana Martínez.

Núria Arteaga Pinadell, M. Dolors Oliver Schornstein, Mireia Marsà Carretero, Jaume Poch Enguidanos, Aurora Montoro Gómez, Carolina Boix Miralles, Gemma Badell Osuna, Marta Pallàs Ellacuria, Isabel García Villena, Yolanda Cesena Santiago, Imma Tapia Mayor, Pilar Martín González, Jaume Arnaus Pujol.

**CAP Sanllehy**

Enriqueta Borràs Gallart, M. Teresa Tierno Ortega.

**CAP Sagrera**

Raquel Urdiain Agorritz, Núria Rosell Reig.

**EAP Poble Sec**

M. Lluïsa Duch Dausa, Ana Jesús Barriocanal García, Angeles Duesca Jiménez, Roser Cano García, Teófila Laso Aponte, Conxita Vilaseca Reig.

**EAP Via Roma**

Teresa Isidro Barbero, Lydia Minguell Soriano, Carmen Ubierna Gomez, Lydia Riba Bellera, Silvia Camon Pañella.

**EAP S. Antoni**

Angels Arévalo, Anna Rosa Garcia Palies.

**EAP Universitat**

Mercè Guarch Rocarias, José Luis López Bueno.

**ABS Encants**

Leandra Domínguez Olivera, M. Antonia Llauger Rosselló, M. Antonia Pou Jiménez, Josefina Ferrús Alborch, M. Teresa Font Canal, M. Pilar Hernández Pérez, Dolors Gomez Priego,

M. Carme Quintela Salvans, Carmen Fuertes Villanueva, M. Lluïsa Moral Martín.

**ABS Camp de l'Arpa**

M. Asun Muñoz de Escalona Radial, Marina Cusí Ibáñez, Pilar Villarreal Moreno, Teresa Palatsi Cortes, Margarita Barra-china Beltrán, Pilar Monteagudo Caba, Agustina Bustamante Exposito, Eulàlia Duran Bellido, Esther Bracero Alonso, Montserrat Melé Baena, Eva Casajuana Andres.

**EAP Congrés**

Núria Balaguer i Cerdà, Marta Masagué Aguadé, Ana Ramon Busquets, M. Carme Sales Piñeiro, Esther Nisó Salla, Rosa Pausas Gual, Anna Jorba Ricart, Núria Roura Pujol, Elisabet Ferré Vidal, M. Belen Sánchez Rodríguez, Rosa Aznar Vilella, Carme Martí Delcor, M. Dolores Soria García, Marta Roset Bartroli, Elvira García Arcos, Esmeralda López Larroy.

**ABS Guinardó Baix**

Rosa Mascort Matas, Pilar García Martínez, Raquel Millán Novella, Carme Vila Freixanet, Carmen Mezquita Pipió.

**CAP Caldes de Montbui**

Nuria Albí, Josep Nogués, M. Julia Rodríguez Martínez, Josefa Navarro Heras, M. Luz Talavera Pérez.

**CAP La Llagosta**

Ester Comas Clotet.

**CAP Sant Celoni**

Gemma Martí Chuscas, Montserrat Riera Galbana, Núria Bardolet López.

**CAP Parets**

Fernando Cayuelas Onieval, Jose Maria Santillana Garrido, Elodia Martín Morales, Manuel Vizueté Pérez, Anna Butjosa Navarro, Carmen Gómez Álvarez, Yolanda García González, Carmen Cerrillo Cabañero, Luís Carlos Aguilar Martínez.

**CAP Canovelles**

Dominga Santana Macias, Mercè Ribot Ballabriga.

**CAP Sant Miquel**

Esther Limon Ramirez.

Jordi Barrero Ramos, Emília Gallach Serrabasa, Anna Barceló Torras, Cesca Gil Torné, Gemma Casanovas Viladrich.

**ABS Montornés-Montmeló**

M. José Figuera Martínez, Marisol Álvarez Abella.

**ABS Vall del Tenes**

Dolors Gascon Segundo, Aurora Pérez Cortes, Maite Muñoz Herrero.

**CAP Antoni Creus**

Neus Viladrich Segués, Antonia Casasayas Albert, Montserrat Palau Continente.

**ABS Sabadell (Ca N'Oriac)**

Encarna Ortiz Álvarez, M. Jose López Gomez, Francesca Vidal Boadella, Konrad Muñoz Jimeno, Núria Jarque Valls, Antonia Martínez García.

**ABS Reus-1**

Núria Adell Aguiló.

Emilia Martí, Montserrat Huguet Jacob, Montserrat Munté, Montserrat Nolla, Isabel Cort, Llorenç Peralta.

**ABS Reus-2**

Júlia Sanz Tost, Rosa Feliu Jornet, Rosa González Pérez, Marisa Sole Gavalda, Ramona Roig Corbella, Joan Pardo Andujar, Gemma Castellvi Tudo, Francisca Parera Perol.

**ABS Reus-3**

Carme Anguera Perpiñà, Carme Ferrer, Dolors Garriga.

**ABS Reus-4**

Cristina Piñol, Rut Caro, Roser Pedret Llaberia, Aurora Reina.

**ABS Les Borges**

M. Josepa Ferrater, Josep M. Duran.

**ABS Montroig**

Dolors Jovani Puig.

**ABS Falset**

M. Lluïsa Pelleja Pellicer, Mònica Lluïsa Burgeño, Rosa Castro Palies, Maurici Sabater Margalef, Rosalia Bonfill Coll, Teresa Lara Pedrosa, Anna Lara Pedrosa, Amparo Diego Ferrer.

**EAP-1 Sta. Coloma**

Teresa Morató Cortinas, Ignacio López Pavón, Cristina López Mompó, Montserrat Guinart Aloy, Montse Tramuns Mas, Mercedes Fuentes Parrón, Assumpta Vidal Vilalta, Josep Ramon Gil Sarra, Pilar Pinillos San Celestino, Alexandre Vilanova Casagran, Teresa Sala Soler.

**EAP-2 Sta. Coloma**

Dolors Olmo Pagès, Remei Moreno Granada.

**EAP-3 Sta. Coloma**

Montse Díez Borregan, Olga Pascual Cortés.

**EAP-4 Sta. Coloma**

Antonio Heras Tebar.

Amparo Gallart Iglesias, Verónica Moreno Gomez, Roser Garriga Becardi, Josefina Ruiz Tejero, Carme García Montañés, Adoración Fuertes Laborda.

**EAP-5 Sta. Coloma**

Judith Company Fontané, M. Carme Guillen Molina, Rosa Herrero Talavera, Angels Cisneros Antó.

**EAP-6 Sta. Coloma**

Jordi Milozzi, Lola Guerrero Hernández, Lucía Pineda herrando, Alicia López Pérez, Conchita Aguilera Velásquez, M. Benita Martín Sánchez, Rosa Ferré Lorente.

**EAP Canet de Mar**

Isabel Martín Silvero, Rosa Miras Jodar, Anna Cortada Cabrera, Montserrat Ollé Borque, Angels Garrido Benito.

**CAP Vallcebre**

Roser Serra Burillo.

**CAP La Pobla de Lillet**

M. Lluïsa Ferreiro Broz, Lourdes Santaaulalia Potrony.

**CAP Bagà**

Irene Prochazka Aguiló, Josep Ignasi Barrio Rubio, Marta Medina Hernández.

**CAP Guardiola**

Dolors García Navó, Montserrat Sáez i Morón.

**CAP Saldes i CAP Gòsol**

M. Dolors Camprubí Casellas.

**CAP Castellterçol**

Manuel Arza Peral, Araceli Burgos Fernández, Patricia Cajal Milagro, Glòria Mascaró Crusat.

**CAP St. Vicenç**

Fina Serra Prat.

**CAP Sallent**

Esther Suades Sabaté, Isabel Siles Porras.

**CAP Sagrada Família (Manresa)**

Núria Solanas Bacardit, Imma Padilla Hidalgo.

**CAP Navarcles**

Rosa M. Vancell Varonil.

**CAP Berga Centre**

Dolors Guitart Marcé, Fina Soler Morera.

**CAP Vilada**

Dolors Escat Artiga.

**CAP Avià**

M. Àngels Casellas Planas.

**CAP Sud Mutua Terrassa**

Montse Llordes Llordes, M. Eugenia Pérez Domínguez, Mercé Villaró Gabarrós, Inma Vázquez Muñoz, Montserrat Roca Vilalta, Joana Carbonell Torrens, Antonia Correas Torrens, Mercedes López, Encarna Romero González.

**ABS Centre Hospitalet**

Neus Maymó Pijuán, Ana Gallego González, Josep M. Fandos Olona, Silvia Copetti Fanlo, Vanessa Monforte Rodríguez, Júlia Solé López, Antonia Ribas Batllori, Enric Juncadella García, Jeronimo Lorite Gomez, Maria Murcia Belando, Silvia Lavirgen Iglesias, Vicenç Zahonero Bellmunt, Delia Pérez Serna, Laura Mestre Boleda, Montserrat Boada Baqués, Silvia Milian Ceprià.

**Bibliografía**

- Carretero S, Garcés J, Ródenas F. Evaluation of the home help service and its impact on the informal caregiver's burden of dependent elders. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007;22:738–49.
- Otero A, Zunzunegui MV. La importancia de identificar las necesidades de servicios sanitarios y sociales de las personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2001;36:41–2.
- BOE n.º 96, sábado 21 abril 2007; p. 17646–85.
- Kadushin G. Home health care utilization: a review of the research for Social Work. *Health & Social Work*; 2004. p. 219.
- Gené J, Hidalgo A, Contel JC, Borràs A, Ortiz J, Martín J. Seguimiento de una cohorte de atención domiciliaria. *Aten Primaria*. 2006;38:47–50.
- Boggio G. Modelo de regresión logística aplicado a un estudio sobre enfermedad de Chagas. *Cad Saúde Pública*. 1997;13:389–96.
- Cumsille F, Bangdiwalw SI. Categorización de variables en el análisis estadístico de datos: consecuencias sobre la interpretación de resultados. *Rev Panam Salud Pública*. 2000;8:348–54.
- Roelands M, Van Oyen H, Depoorter A, Baro F, Van Oost P. Are cognitive impairment and depressive mood associated with increased service utilisation in community-dwelling elderly people? *Health Soc Care Community*. 2003;11:1–9.
- Crocker Houde S. Predictors of elder's and family caregivers' use of formal home services. *Res Nurs Health*. 1998;21:533–43.
- Kemper P. The use of formal and informal home care by the disabled elderly. *Health Serv Res*. 1992;27:421–49.
- Stoddart H, Whitley E, Harvey I, Sharp D. What determines the use of home care services by elderly people? *Health Soc Care Community*. 2002;10:348–60.
- Mac Lennan WJ, Isles FE, Mc Dougall S, Keddie E. Medical and social factors influencing admission to residential care. *Br Med J*. 1984;288:701–3.
- Gené J, Hidalgo A, Contel JC, Borràs A, Ascaso C, Piñeiro M. Comorbilidad y visitas a urgencias explican los ingresos hospitalarios de los pacientes incluidos en programas de atención domiciliaria. *Revista MAPFRE*. 2008 [en prensa].
- Larsson K, Thorslund M, Forsell Y. Dementia and depressive symptoms as predictors of home help utilization among the oldest old: population-based study in an urban area of Sweden. *J Aging Health*. 2004;16:641–68.
- Katz SJ, Kabeto M, Langa KM. Gender disparities in the receipt of home care for elderly people with disability in the United States. *JAMA*. 2000;284:3022–7.
- Sylvia ML, Shadmi E, Hsiao C, Boyd CM, Schuster AB, Boulton C. Clinical features of high-risk older persons identified by predictive modeling. *Disease Management*. 2006;9(1).