



ORIGINAL

Comparación de la satisfacción de los usuarios de atención domiciliaria: modelo integrado vs. modelo dispensarizado



Marta Gorina^a, Joaquín T. Limonero^{a,b,*}, Xavier Peñart^c, Jordi Jiménez^d y Javier Gassó^e

^a *Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, Cerdanyola del Vallès, Barcelona, España*

^b *Grupo de Investigación en Estrés y Salud (GIES), Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, Cerdanyola del Vallès, Barcelona, España*

^c *Centro de Atención Primaria Oest, Mútua de Terrassa, Terrassa, Barcelona, España*

^d *Centro de Atención Primaria Valldoreix, Mútua de Terrassa, Sant Cugat del Vallès, Barcelona, España*

^e *Egarsat, Mutua de Accidentes de Trabajo de la Seguridad Social núm. 276, Sant Cugat del Vallès, Barcelona, España*

Recibido el 26 de marzo de 2013; aceptado el 22 de julio de 2013

Disponible en Internet el 24 de abril de 2014

PALABRAS CLAVE

Atención domiciliaria de salud;
Atención primaria de salud;
Satisfacción del paciente;
Calidad percibida de la atención;
Modelos organizacionales

Resumen

Objetivo: Comparar el grado de satisfacción de los usuarios que reciben atención domiciliaria a través de 2 modelos de atención primaria: integrado y dispensarizado.

Diseño: Estudio transversal, observacional.

Emplazamiento: Dos centros de atención primaria de la provincia de Barcelona.

Participantes: Ciento cincuenta y ocho pacientes crónicos mayores de 65 años que recibían atención domiciliaria: 67 mediante el modelo integrado y 91 mediante el modelo dispensarizado.

Mediciones principales: Se administró la escala de Evaluación de la Satisfacción del Servicio de Atención Domiciliaria (SATISFAD-12), así como preguntas complementarias relacionadas con la satisfacción del servicio de atención domiciliaria y características sociodemográficas.

Resultados: Los usuarios del modelo dispensarizado estaban más satisfechos que los del modelo integrado. Existía una mayor continuidad asistencial en el modelo dispensarizado y un menor porcentaje de ingresos hospitalarios en el último año. La satisfacción de los usuarios de ambos modelos no estaba asociada al género ni a la percepción de salud y autonomía por parte del paciente.

Conclusiones: El grado de satisfacción de los pacientes de atención primaria domiciliaria parece depender de las características propias de cada modelo organizativo, siendo el modelo dispensarizado el que presenta un mayor grado de satisfacción o calidad asistencial percibida. Se debería realizar un mayor número de estudios para generalizar estos resultados a otros centros de atención primaria pertenecientes a otras instituciones.

© 2013 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: joaquin.limonero@uab.cat (J.T. Limonero).

KEYWORDS

Home care services;
Primary health care;
Patient satisfaction;
Perceived quality
of care;
Organizational
models

Comparison of level of satisfaction of users of home care: Integrated model vs. dispensaries model

Abstract

Objective: To determine the level of satisfaction of users that receive home health care through two different models of primary health care: integrated model and dispensaries model.

Design: cross-sectional, observational study.

Location: Two primary care centers in the province of Barcelona.

Participants: The questionnaire was administered to 158 chronic patients over 65 years old, of whom 67 were receiving health care from the integrated model, and 91 from the dispensaries model.

Main measurements: The Evaluation of Satisfaction with Home Health Care (SATISFAD12) questionnaire was, together with other complementary questions about service satisfaction of home health care, as well as social demographic questions (age, sex, disease, etc).

Results: The patients of the dispensaries model showed more satisfaction than the users receiving care from the integrated model. There was a greater healthcare continuity for those patients from the dispensaries model, and a lower percentage of hospitalizations during the last year. The satisfaction of the users from both models was not associated to gender, the health perception, or independence of the

Conclusions: The user satisfaction rate of the home care by primary health care seems to depend of the typical characteristics of each organisational model. The dispensaries model shows a higher rate of satisfaction or perceived quality of care in all the aspects analysed. More studies are needed to extrapolate these results to other primary care centers belonging to other institutions.

© 2013 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Los estudios demográficos predicen un gran incremento de la población mayor de 65 años debido al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la natalidad^{1,2}. Por otra parte, este envejecimiento de la población producirá un aumento del número de personas susceptibles de requerir atención domiciliaria al aumentar las enfermedades crónicas y/o discapacitantes, aspecto que les puede dificultar acudir a los centros de atención primaria (CAP) para recibir asistencia sanitaria³. Este cambio en las necesidades requerirá desarrollar nuevas fórmulas de atención y organización⁴ y de mejora de la eficiencia sanitaria⁵.

Actualmente, la atención domiciliaria se define como el conjunto de actividades biopsicosociales realizadas por un equipo interdisciplinar, que incluyen contenidos de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, en el domicilio de la persona, para detectar, valorar, apoyar y realizar el seguimiento de los problemas tanto de salud como sociales del usuario y su familia, con el fin de potenciar la autonomía y mejorar la calidad de vida⁶⁻⁸. La continuidad asistencial es una característica esencial de la atención primaria y está relacionada con la calidad asistencial y con la calidad de vida de los pacientes⁵.

Desde otro punto de vista, la atención primaria supone un ahorro económico al sistema sanitario al disminuir el número de hospitalizaciones, así como la medicación y las complicaciones de los pacientes atendidos⁹⁻¹².

Desde el punto de vista asistencial y de gestión, existen diferentes modelos organizativos de la atención domiciliaria. Tanto el modelo integrado (MI) como el modelo dispensarizado (MD)¹² están formados por equipos

interdisciplinarios, habitualmente constituidos por profesionales de medicina, enfermería y trabajo social, con el fin de ofrecer una atención integral a los usuarios y a sus familias. La principal diferencia entre dichos modelos radica básicamente en las horas dedicadas a la atención domiciliaria por parte de los profesionales involucrados. Mientras los miembros del equipo del MI disponen habitualmente de una hora diaria para realizar visitas domiciliarias, los del MD dedican la totalidad de su práctica asistencial a dicha actividad¹².

En los últimos años, el estudio de la satisfacción de los usuarios de los servicios sanitarios se ha convertido en un instrumento de gran utilidad en la gestión sanitaria para optimizar recursos, ya que los pacientes son considerados el principal objetivo de dichos servicios y, por ende, su grado de satisfacción es un indicador básico de la calidad asistencial ofrecida¹³⁻²⁰. En este sentido, una mayor satisfacción se asocia a una mejor adherencia farmacológica y a un mayor seguimiento de las recomendaciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad^{21,22}.

En este contexto, el objetivo del presente estudio fue comparar el grado de satisfacción de los usuarios que reciben atención domiciliaria mediante el MI frente a los que lo hacen a través del MD.

Material y métodos

Pacientes

Se realizó un estudio transversal de enero a octubre del 2012 sobre pacientes que recibían atención domiciliaria y que pertenecían a uno de 2 CAP de la comarca del Vallés

Occidental (provincia de Barcelona), uno que funcionaba mediante el MI y el otro mediante el MD, para valorar el grado de satisfacción con el servicio de atención domiciliaria recibido.

Los criterios de inclusión fueron: *a)* pacientes mayores de 65 años con enfermedades crónicas y usuarios de los servicios de atención primaria domiciliaria desde hace más de 6 meses y que pudieran responder a las preguntas que se les demandaba, y *b)* que aceptaran participar voluntariamente en el estudio y dieran su consentimiento informado por escrito. Los pacientes que no cumplían estos criterios fueron excluidos. La muestra fue seleccionada aleatoriamente a partir de las listas facilitadas por los responsables de ambos centros y fue representativa de cada uno de ellos con un intervalo de confianza del 95% y un error estimado del 5%.

El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación de la organización sanitaria responsable de la gestión de dichos centros sanitarios.

Instrumentos y procedimiento

Además de registrarse variables sociodemográficas, percepciones sobre el estado de salud y grado de autonomía del paciente, así como datos relacionados con la continuidad asistencial, se administró el *Cuestionario de Evaluación de la Satisfacción del Servicio de Atención Domiciliaria (SATISFAD-12)*²³, formado por 12 ítems con respuesta tipo Likert de 4 categorías (desde 0 «nunca» hasta 3 «siempre»), que valoran la satisfacción con los servicios de atención domiciliaria prestada por la enfermera. Se suma la puntuación de cada ítem, de forma que las posibles puntuaciones totales presentan un rango entre 0 y 36. La consistencia interna de la escala original medida a través del alfa de

Cronbach es de 0,79 y la obtenida en este estudio es de 0,90.

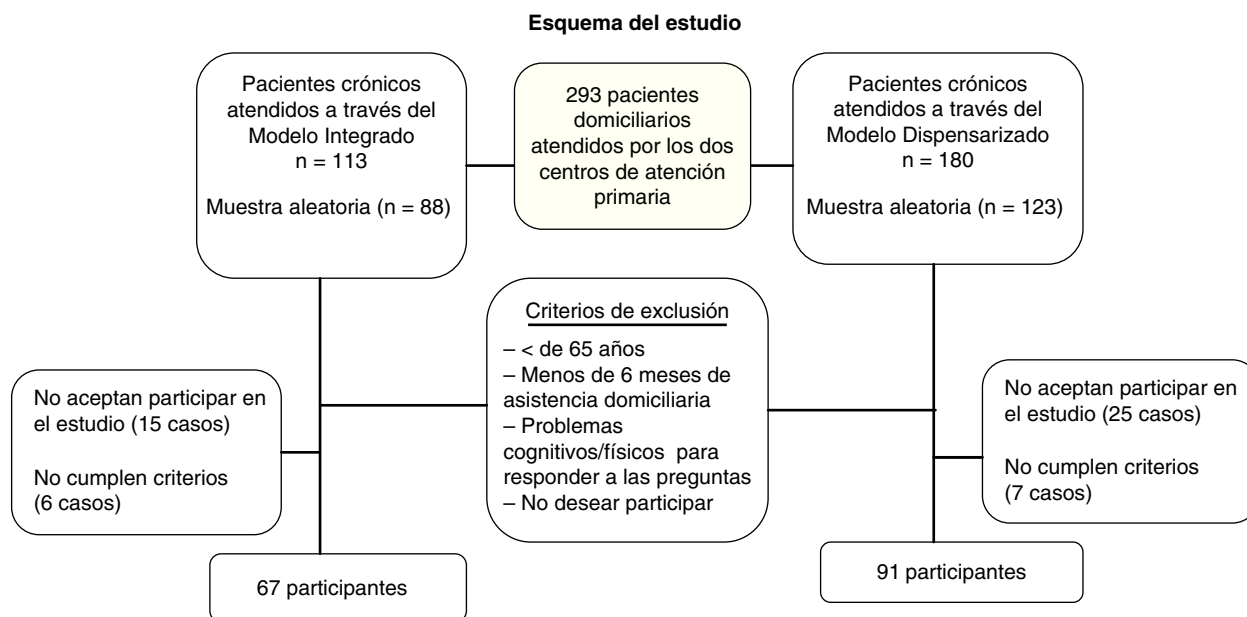
Como el objetivo del presente trabajo consistía en analizar la satisfacción de los usuarios que reciben atención domiciliaria y no solo la calidad del servicio que les proporciona el personal de enfermería, se adaptó la formulación de los ítems del cuestionario substituyendo la palabra «enfermera» por «equipo de atención domiciliaria».

La escala SATISFAD-12 fue complementada con otras cuestiones creadas *ad hoc* y relacionadas con la asistencia domiciliaria. De esta forma, se añadieron 14 ítems: 9 con el mismo formato de respuesta tipo Likert, 3 relacionados con la valoración de la continuidad asistencial con un formato de respuesta dicotómico (sí-no) y 2 preguntas abiertas sobre la valoración global de la atención (qué es lo que más valora del equipo y qué debería mejorar). Estas modificaciones se presentan como material adicional en la versión electrónica.

Para garantizar la mayor participación posible, los usuarios recibieron previamente una carta de presentación donde se informaba del objetivo del estudio y se les invitaba a formar parte del mismo, asegurándoles la confidencialidad de sus datos. Posteriormente, se contactó telefónicamente con los pacientes seleccionados y se solicitó su participación en el estudio. En caso de obtener una respuesta afirmativa, se concretó una cita para acudir a sus domicilios con el fin de realizar la entrevista.

Análisis estadístico

El análisis de los resultados se realizó con el programa estadístico *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versión 19.0 para Windows. Se calcularon índices descriptivos y coeficientes de correlación de Pearson, y se aplicaron las pruebas de la t de Student y de la chi al cuadrado. El nivel de significación estadística se estableció en un valor de 0,05.



Esquema general de estudio: Se trata de un estudio transversal realizado con pacientes crónicos que reciben atención domiciliaria bien a través del modelo dispensarizado o del modelo integrado para valorar si hay diferencias en el grado de satisfacción de los pacientes en función del modelo de atención domiciliaria recibido.

Tabla 1 Datos demográficos

	Modelo de atención domiciliaria	
	Integrado (n = 67)	Dispensarizado (n = 91)
<i>Edad, media ± DE</i>	83,49 ± 7,58	85,62 ± 8,61
<i>Género</i>		
Mujeres	68,7%	78,0%
Hombres	31,3%	22,0%
<i>Enfermedad</i>		
Enfermedades crónicas	50,7%	41,8%
Enfermedades degenerativas	20,9%	23,1%
Insuficiencia orgánica crónica o aguda	28,4%	35,2%

Resultados

Un total de 158 pacientes participaron finalmente en el presente estudio, 67 en el grupo MI y 91 en el MD. El índice de participación fue del 82,9 y el 79,7% en los grupos MI y MD, respectivamente, siendo el porcentaje global de rechazo del 18,7% (40 casos: 15 MI 25 MD). Las principales causas de la no participación fueron el no desear participar y la desconfianza con el uso posterior que se podría realizar de la información obtenida. Se excluyó del estudio a 6 pacientes del grupo MI y a 7 del MD por no cumplir las criterios de inclusión.

La media ± desviación estándar de edad de los participantes fue de 83,5 ± 7,6 años en el grupo MI y 85,6 ± 8,6 años en el MD. Ambos grupos estaban formados por más mujeres (68,7% MI y 78% MD). El porcentaje de usuarios que vivían solos y las enfermedades que presentaban fueron similares en ambos grupos (tabla 1).

Grado de satisfacción

El grado de satisfacción evaluado a través del cuestionario SATISFAD-12 fue superior en el grupo MD (media 34,5 ± 1,5) que en el MI (media 25,8 ± 7,0) ($t = -9,95$; $p < 0,001$). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en función del sexo en la puntuación global del cuestionario ni en cada uno de los ítems que lo integran. Estos resultados se mantienen independientemente del centro. Tampoco se observaron diferencias significativas en función del estado de salud ni de la percepción del grado de autonomía del paciente.

Al analizar las preguntas complementarias, se observaron diferencias estadísticamente significativas en función del modelo de atención domiciliaria, siendo mejor la valoración realizada por los pacientes atendidos a través del MD (tabla 2). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en función del sexo, el hecho de vivir solo, la percepción del estado de salud o el grado de autonomía.

Continuidad asistencial

Los usuarios del MD fueron visitados más frecuentemente, tanto durante el último mes como en los últimos 3 y 6 meses (tabla 3). Los pacientes del grupo MI que no habían sido

visitados durante el último mes o en los últimos 6 meses presentaban una menor satisfacción con el servicio recibido, aunque esta diferencia no se observó entre los no habían estado atendidos los últimos 3 meses. En el grupo MD no se observó relación entre el grado de satisfacción global y la frecuencia de visitas realizadas.

Propuestas de mejora del servicio por parte de los usuarios

Las respuestas de los usuarios a las preguntas abiertas se han agrupado en función de si se referían a aspectos positivos (confianza, amabilidad y trato, y profesionalidad) o negativos (continuidad asistencial sin que el usuario lo solicite, aspectos organizativos, nada que mejorar). Así, por ejemplo, profesionalidad incluía aspectos como rapidez, eficacia, comunicación o profesionalidad, mientras que aspectos organizativos incluía, por ejemplo, tiempo de visita o incorporar a otros profesionales (tabla 4).

Los usuarios del grupo MD valoraron más positivamente la confianza y la tranquilidad que les aportaba saber que podían contar con el equipo si lo necesitaban, así como la amabilidad y el trato dispensado, y manifestaban, en mayor medida, que no había nada que mejorar del servicio de atención domiciliaria recibido. En cambio, los usuarios del MI valoraban que debería mejorar en mayor medida la continuidad asistencial, mientras que no se diferenciaban respecto a la profesionalidad o los aspectos organizativos.

Ingresos hospitalarios en el último año

Los usuarios del grupo MD habían sido hospitalizados durante el último año en un menor porcentaje de casos que el grupo MI, aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa (34,1% vs. 46,3%, $\chi^2 = 1,6$; $p > 0,05$).

Discusión

Los resultados obtenidos nos muestran que los usuarios del MD presentaban una mayor satisfacción que los del MI en la mayoría de los aspectos evaluados, hecho que pondría de manifiesto una mayor percepción de la calidad asistencial de los servicios prestados por parte de estos pacientes¹⁹.

Tabla 2 Comparación del grado de satisfacción de la atención domiciliaria recibida en función del tipo de modelo asistencial

	Modelo integrado Media \pm DE	Modelo dispensarizado Media \pm DE	p ^a
<i>Ítems SATISFAD-12</i>			
1. Sé que puedo contar con el equipo de atención domiciliaria si lo necesito	2,33 \pm 0,89	2,96 \pm 0,21	< 0,001
2. Me siento escuchado/a y comprendido/a por el equipo de atención domiciliaria cuando le explico mis problemas de salud	2,46 \pm 0,89	2,98 \pm 0,15	< 0,001
3. Entiendo al equipo de atención domiciliaria cuando me explica las cosas	2,55 \pm 0,66	2,78 \pm 0,47	< 0,001
4. En equipo de atención domiciliaria se preocupa por contactar conmigo si no pueden acudir o se van a retrasar	2,07 \pm 1,05	2,81 \pm 0,45	< 0,001
5. El equipo de atención domiciliaria es competente en su trabajo, son buenos profesionales	2,23 \pm 0,75	2,88 \pm 0,26	< 0,001
6. Cuando llamo al equipo de atención domiciliaria, sé que puedo encontrar soluciones a mis problemas	1,79 \pm 0,90	2,86 \pm 0,35	< 0,001
7. Confío en el equipo de atención domiciliaria y en lo que me dice	2,67 \pm 0,64	2,97 \pm 0,18	< 0,01
8. El equipo de atención domiciliaria me enseña a cuidarme por mí mismo/a	0,93 \pm 1,06	2,78 \pm 0,44	< 0,001
9. El equipo de atención domiciliaria es amable conmigo	2,79 \pm 0,59	3,00 \pm 0,00	< 0,001
10. Es fácil programar las visitas en los días y horas que quiero o me vienen mejor	1,48 \pm 1,06	2,62 \pm 0,57	< 0,001
11. El equipo de atención domiciliaria se preocupa por mi comodidad mientras me están tratando o cuidando	2,73 \pm 0,59	3,00 \pm 0,00	< 0,001
12. El equipo de atención domiciliaria me atiende con suficiente intimidad, de manera reservada	1,73 \pm 0,59	2,99 \pm 0,11	< 0,001
Puntuación total SATISFAD-12	25,78 \pm 7,02	34,46 \pm 1,49	< 0,001
<i>Ítems complementarios satisfacción atención domiciliaria creados ad hoc</i>			
13. El equipo de atención domiciliaria me visita sólo cuando yo lo llamo	2,58 \pm 0,87	0,54 \pm 0,88	< 0,001
14. El equipo de atención domiciliaria me explica y me enseña cómo puedo evitar complicaciones	0,91 \pm 1,01	2,86 \pm 0,44	< 0,001
15. Creo que el equipo de atención domiciliaria me debería visitar más a menudo	1,93 \pm 1,15	0,44 \pm 0,76	< 0,001
16. Cuando el equipo de atención domiciliaria me explica cuál es mi problema y cómo debemos tratarlo, lo entiendo todo	2,52 \pm 0,70	2,77 \pm 0,54	< 0,001
17. El equipo de atención domiciliaria se preocupa por mí y me visita, aunque yo no lo llame para comprobar que no hay ningún problema	0,58 \pm 0,94	2,70 \pm 0,66	< 0,01
18. Cuantifique el tiempo que tardó el equipo de atención domiciliaria en hacerle una visita desde que los llamé	1,41 \pm 0,93	0,73 \pm 0,52	< 0,001
19. Cuantifique la duración de las visitas que le realiza el equipo de atención domiciliaria	2,03 \pm 1,11	2,34 \pm 0,54	< 0,001
20. ¿Cómo valoraría la atención ofrecida por el equipo de atención domiciliaria?	1,63 \pm 0,81	2,63 \pm 0,48	< 0,001

Se presentan puntuaciones del cuestionario SATISFAD-12 así como de los otros ítems complementarios añadidos.

^a Contraste de igualdad de medias con la prueba de la t de Student.

La satisfacción de los usuarios de ambos modelos no está relacionada con el género, con el hecho de si el paciente vive solo o acompañado o con la percepción de salud o grado de autonomía, presentando resultados similares a los observados en otros estudios^{20,21} y en contraposición a otros en donde la calidad asistencial puede estar influida por diversas variables sociodemográficas^{18,20}.

Por otra parte, los CAP incluidos en el presente trabajo se encuentran en 2 ciudades cercanas de la provincia de Barcelona, con un porcentaje de personas mayores

de 65 años similar (11,2% en el MD y 15,1% en el MI). A nuestro entender, las diferencias observadas en el grado de satisfacción de la atención dispensada se deben principalmente a la continuidad asistencial⁵, que permite afrontar las múltiples necesidades de los enfermos crónicos y que se diferencia en función del modelo asistencial domiciliario implementado, siendo este uno de los aspectos destacados que debería mejorar por los usuarios del MI. En este sentido, esta continuidad asistencial nos indicaría que el MI favorecería la atención a demanda del usuario y/o su familia, mientras que

Tabla 3 Continuidad asistencial de los pacientes en función del modelo de atención primaria domiciliaria

	Modelo de atención domiciliaria	
	Integrado (n = 67)	Dispensarizado (n = 91)
<i>Último mes</i>		
Usuarios visitados	23,9%	71,4%
Media ± DE de visitas	0,28 ± 0,62	1,46 ± 1,98
<i>Últimos 3 meses</i>		
Usuarios visitados	37,3%	93,4%
Media ± DE de visitas	0,78 ± 1,73	3,05 ± 3,27
<i>Últimos 6 meses</i>		
Usuarios visitados	46,3%	100%
Media ± DE de visitas	1,55 ± 4,57	5,34 ± 5,72

Todas las diferencias entre ambos modelos fueron estadísticamente significativas ($p < 0,001$).

Tabla 4 Descripción y comparación de los aspectos positivos y negativos de cada modelo de atención domiciliaria analizados en función de las respuestas a las preguntas «¿Qué es lo que más valora del equipo?» y «¿Qué es lo que debería mejorar?»

		Modelo integrado %	Modelo dispensarizado %
Los usuarios valoran positivamente	Confianza y tranquilidad	31,2	13,2 ^a
	Amabilidad y trato	43,4	69,35 ^{**}
	Profesionalidad	25,4	16,5
Los usuarios piensan que se podría mejorar	Asistencia más continua sin que el usuario y/o la familia lo solicite	53,7	11 ^{**}
	Aspectos organizativos	15	25,3
	No hay nada que mejorar	31,3	63,7 ^{**}

Prueba de la chi al cuadrado.

^a $p < 0,05$.

^{**} $p < 0,01$.

el MD facilitar la atención según necesidades²⁴⁻²⁶, así como la promoción de la salud y la prevención de complicaciones, reduciendo, en nuestro caso concreto, en más de un 12% el número de ingresos hospitalarios en el último año. Por otra parte, la continuidad asistencial podría dar tranquilidad y seguridad al usuario, incrementando la confianza hacia el equipo de salud que se traduciría en una mejor evaluación de la calidad asistencial recibida.

El presente estudio nos ha proporcionado la oportunidad de analizar la satisfacción de los usuarios de 2 CAP de 2 ciudades que tenían estructurada de forma diferencial la atención domiciliaria. Aunque ambos centros no son representativos del conjunto de CAP, el hecho que ambos pertenezcan a la misma institución sanitaria nos permite garantizar que el funcionamiento de los mismos, al estar bajo la misma dirección organizativa, es similar y que las diferencias observadas se pueden atribuir a la gestión diferenciada de la atención domiciliaria dispensada, aspecto que avalaría la comparación realizada y los resultados obtenidos. No obstante, somos conscientes que este estudio se debería hacer extensivo a un mayor número de centros con organizaciones diferentes. Así mismo, en futuros trabajos, sería adecuado incluir el nivel de ingresos económicos de

los pacientes o su nivel de estudios, por si estos aspectos pudieran afectar a su grado de satisfacción.

A pesar de los resultados obtenidos, se presentan algunas cuestiones que suscitan reflexión. En el MD, al ser una oferta especializada y no complementaria, el grado de diferenciación técnico y organizativo puede mejorar la accesibilidad y la flexibilidad de la atención. Desde esta perspectiva, debe considerarse que su resultado tiene mayor dependencia del profesional que desarrolla la actividad, de manera que la calidad del servicio prestado se puede ver fuertemente influida por su rendimiento. Esta limitación se podría solventar, por ejemplo, comparando equipos que funcionen con este modelo para analizar su eficiencia y grado de variabilidad.

En el caso del MI, la atención es complementaria, más baja su especialización, aunque suficiente para abordar el servicio con garantías asistenciales, y su optimización solo puede alcanzar niveles más elevados si mejoran los aspectos relacionales para compensar su atención heterogénea y diversa. Requiere una estandarización mayor y una formación ampliada en cuestiones de atención al paciente, básicamente de mejoras en la comunicación, empatía e información. En su aspecto más positivo, representa un

modelo más homogéneo y sistemático, que otorga una menor variabilidad intercentros.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Lo conocido sobre el tema

- Existen diferentes modelos de atención domiciliaria, aunque el más conocido y utilizado es el modelo integrado.
- En los últimos años, se ha empezado a trabajar en algunos centros de Atención Primaria con el modelo dispensarizado, el cual se distingue del primero, principalmente, por las horas de dedicación a la atención domiciliaria por parte de los profesionales que forman el equipo interdisciplinar.
- Faltan datos comparativos de la eficiencia de ambos modelos asistenciales.

¿Qué aporta este estudio?

- El modelo dispensarizado presenta mejores niveles de satisfacción de los pacientes crónicos en todas las variables analizadas relacionadas con la atención domiciliaria.
- Los datos demuestran que el modelo dispensarizado puede ser una alternativa eficiente al modelo tradicional o integrado, ya que reporta una mayor satisfacción del servicio por parte de los usuarios.

Bibliografía

1. Instituto Nacional de Estadística. Proyecciones de la población de España a largo plazo (2009-2049). Madrid, 2009.
2. Sancho M, Díaz R, Castejón P, Del Barrio E. Las personas mayores y las situaciones de dependencia. *Rev Ministerio Trab Asunt Soc.* 2006;70:13-43.
3. Martín López MS. Atención domiciliaria y enfermería: análisis del perfil sociosanitario del paciente que recibe visita domiciliaria como consulta de Enfermería desde Atención Primaria. *Enferm Integral.* 2004;66:17-22.
4. Gómez-Batiste X, Espinosa J, Porta-Sales J, Benito E. Modelos de atención, organización y mejora de la calidad para la atención de los enfermos en fase terminal y su familia: aportación de cuidados paliativos. *Med Clin (Barc).* 2010;135:83-9.
5. Corrales-Navado D, Alonso-Babarro A, Rodríguez-Lozano MA. Continuidad de cuidados innovación y redefinición de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales. *Informes SESPAS. Gac Sant.* 2012;26:63-8.
6. Torra Bou JE. Atención domiciliaria y atención primaria de salud. *Rev ROL Enf.* 1989;125:37-43.
7. Cegri Lombardo F, Aranzana Martínez A. Atención domiciliaria: caminando hacia la excelencia. *Aten Primaria.* 2007;39:3-4.
8. Egger M. Commentary: When, where and why do preventive home visits work? *BMJ.* 2001;323:708-9.
9. Stuck AE, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck JC. Home visit to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people. Systematic review and meta-regression analysis. *JAMA.* 2013;287:1022-8.
10. Markle-Reid M, Weir R, Browne G, Roberts J, Gafni A, Henderson S. Health promotion for frail older home care clients. *J Adv Nurs.* 2006;54:381-95.
11. Mc William Carol L, Stewart M, Del Maestro N, Brown JB, Mcnair S, Desai K, et al. Creating empowering meaning: An interactive process of promoting health with chronically ill older Canadians. *Health Promot Int.* 1997;12:111-23.
12. Esteban Sobreviela JM, Ramírez Puerta D, Sánchez del Corral Usaola F. Atención Primaria de calidad: Guía de buena práctica clínica en Atención Domiciliaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
13. Nieto García E, Domingo Martín R, del Pino Casado B, Casado Lollano A, Monleón M, Diz Gómez J, et al. Coste de las intervenciones enfermeras en la atención domiciliaria de atención primaria (FIS 99/0414). *Metas Enferm.* 2006;9:50-6.
14. Nacional de Salud. Los costes de hospitalización en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
15. Dabson A, DaVanzo JE, El-Gamil A, Berger G, Heath S. Using home health care to improve quality, outcomes, and efficiency in the U.S. Healthcare System: The role care, self-management, and care coordination can have in an integrated care management system at home. Submitted to Alliance for Home Health Quality and Innovation, 2011 [consultado 5 Abr 2013]. Disponible en: <http://asoft10175.acrisoft.com/davanzo/selected-publications/>
16. Markle-Reid M. Frail elderly home care clients the effects and expenses of adding nursing health promotion and preventive care to personal support services [tesis doctoral]. Hamilton: Mc Master University; 2002.
17. Elkan R, Kendrick D, Dewey M, Hewitt M, Robinson J, Mitch Blair M, et al. Effectiveness of home based support for older people: Systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2001;323:719-25.
18. Caminal J. La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Rev Calidad Asistencial.* 2000;16:276-9.
19. Díaz R. Satisfacción del paciente: principal motor y centro de los servicios sanitarios. *Rev Calidad Asistencial.* 2002;17:22-9.
20. Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Med Clin (Barc).* 2000;114:26-33.
21. Hernández Meca ME, Ochando García A, Mora Canales J, Lorenzo Martínez S, López Revuelta K. Satisfacción del paciente en una unidad de hemodiálisis: objetivo de calidad asistencial en enfermería. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol.* 2005;8:90-5.
22. Ginarte Arias Y. La adherencia terapéutica. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2001;17:502-5.
23. Morales Asencio JM, Bonill de las Nieves C, Celdrán Mañas M, Morilla Herrera JC, Martín Santos FJ, Contreras Fernández E. Diseño y validación de instrumento de evaluación de la satisfacción con los servicios de atención domiciliaria: SATISFAD. *Gac Sanit.* 2007;21:106-13.
24. Gené Badia J, Hidalgo García A, Contel Segura JC, Borràs A, Ascaso C, Piñeiro M, et al. La demanda explica les càrregues d'infermeria a l'atenció domiciliària catalana. *Rev CAMFIC.* 2007;25:25-56.
25. Prieto Rodríguez MA, Gil García E, Heuerle Valero C, Frías Osuna A. La perspectiva de las cuidadoras informales sobre la atención domiciliaria. Un estudio cualitativo con ayuda de un programa informático. *Rev Esp Salud Pública.* 2002;76:613-25.
26. De la Revilla L, Espinosa Almendro JM. La atención domiciliaria y la atención familiar en el abordaje de las enfermedades crónicas de los mayores. *Aten Primaria.* 2003;31:587-91.