

*El futuro de la atención a la dependencia: sostenibilidad y prospectiva**

The Future of Care for Dependent Persons: Sustainability and Prospective

GARCÉS, J.; RÓDENAS, F. Y SANJOSÉ, V.

Resumen:

El aumento de la demanda de protección sociosanitaria en los Estados del bienestar y la amenaza a la sostenibilidad financiera de los mismos requiere de soluciones más eficaces, que proporcionen mayor calidad de vida, y más eficientes. El objetivo de este artículo es realizar una propuesta alternativa de escenarios de atención a la dependencia de máxima eficiencia, utilizando como referencia el coste de la misma, tanto en la asistencia social como en la asistencia sanitaria, basada en los principios de sostenibilidad social, calidad de vida y equidad. El artículo recoge datos sobre los costes de las estancias en hospitales de personas dependientes, y los costes y beneficios de los escenarios asistenciales alternativos. La conclusión final es que sería posible aumentar en un porcentaje significativo las personas que reciben servicios hospitalarios sin aumentar el gasto de atención a las personas dependientes.

Palabras clave:

Dependencia, eficiencia, sostenibilidad, política sociosanitaria.

Abstract

The increase in the demand for social and health care protection in welfare states and the threat to the sustainability of the system which this poses requires more effective solu-

* Los estudios presentados en este artículo han recibido financiación del Ministerio de Ciencia y Tecnología, a través del Plan Nacional I+D+I 2000-2003, y de la Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanidad 2001-2004. Parte del estudio obtuvo el Primer Premio dentro de la convocatoria de los V Premios Fundación 3M a la Innovación en el Área de Salud, y se presentó en 2004 en 3rd. International Conference on Health Economics, Management and Policy. Athens Institute for Education and Research, Atenas.

tions, providing better quality of life more efficiently. The aims of this paper are to suggest alternative social and health care scenarios based on the principles of Social Sustainability, Quality of Life and Equity. The study gathers facts about the costs of hospital stays for dependent persons and the costs and benefits of alternative care scenarios. The main conclusion is that it would be possible to increase, in a significant proportion, the number of persons who receive hospital services, without to increase the costs of care for dependent persons.

Key words:

Dependence, Sustainability, Efficiency, Social and Health Policy.

INTRODUCCIÓN

El importante crecimiento del gasto sanitario y social en los países europeos en las últimas décadas (Saltman and Figueras, 1997) ha supuesto un serio problema para la gestión (Dixon and Mossialos, 2002) y financiación (Mossialos, Dixon, Figueras, & Kutzin, 2002; Directorate-General for Economic and Financial Affairs, 2002 a) de los sistemas de protección social especialmente en países mediterráneos. Se prevé que el incremento sostenido del gasto social y sanitario per cápita provocará que, a corto o medio plazo, se produzca una crisis asociada con una violación de los principios de universalidad y/o calidad de vida en dichos sistemas de protección. El aumento continuo de costes (sobre todo en el sistema sanitario y en la atención a mayores) supone un riesgo de quiebra del Estado (Jackson & Howe, 2003) que ha provocado la necesidad de aumentar la efectividad de los sistemas de protección sin incrementar los costes en el sector público (Directorate General for Economic and Financial Affairs, 2002 b). Ello obliga a considerar:

1. Contener los actuales niveles de inversión pública —en términos de porcentaje del PIB— a través de la moderación en el consumo innecesario de recursos onerosos, la inversión en recursos más baratos y adecuados a la demanda, la realización de cursos de formación para adecuar el perfil de los profesionales al de la demanda y la introducción de mecanismos de copago.
2. Aumentar los beneficios a partir de una mayor adecuación entre recursos ofertados y demanda, y de la optimización del reparto de la asistencia, mediante la mejora del diagnóstico, la delimitación y definición precisa de los perfiles de los recursos asistenciales sociales y sanitarios, la definición de itinerarios de recursos, la redistribución de beneficios entre la población, la metodología de gestión de casos, el aumento de la calidad del servicio y, la inversión en programas de educación para la salud.

Para afrontar este problema en el ámbito que nos ocupa, la atención a la dependencia desde una perspectiva sociosanitaria, deben ser atendidas dos variables simultáneamente:

1. La calidad asistencial como variable-objetivo principal a través de modelos de gestión basados en procesos.
2. La eficiencia, investigando métodos para la evaluación de costes y beneficios a partir de modelos económicos (Fenn, McGuire, Phillips, Jones & Backhouse, 1996) y de estudios empíricos. No obstante, el aumento de la eficiencia no evita el aumento continuo de los costes (basta con que se mejore la ratio coste/beneficios). Si esto se produce, se amenaza el Principio de Sostenibilidad Social (Garcés, 2000), principio que junto a los de Corresponsabilidad Social y Calidad de Vida y Muerte Digna deben, según nuestros estudios, conformar las bases axiomáticas de los nuevos sistemas de bienestar en la Europa del siglo XXI (Garcés, Ródenas y Sanjosé, 2003).

La mejora de la eficiencia mediante aplicación de las metodologías económicas a los Estados de Bienestar exige la consideración de los límites asociados con sus principios y valores morales. Se acepta que la asistencia sanitaria debe ser un derecho universal, subjetivo y gratuito, y se reconoce la necesidad de servicios complementarios del sistema social. Pero existen problemas para clarificar cuál es el significado de «calidad de vida»¹, cuál es el precio que puede pagarse para mejorar la eficiencia y quién debe pagarlo. La fijación de estos límites morales tiene consecuencias en el alcance y la distribución, entre la población, de la asistencia y de su calidad. Así, existen dos principios opuestos respecto a cuál debe ser el alcance del cambio y a quién puede o debe afectar:

1. En un extremo, el principio de *inexistencia de perjudicados*: cualquier cambio en la oferta asistencial no debe producir ni un solo ciudadano perjudicado por el cambio.
2. En el otro extremo, el principio de *maximización simple*: se puede realizar el cambio si los beneficios en una parte de la población superan a los perjuicios en otra parte de esa población.

Una solución a medio camino entre ambos extremos es el principio de *inexistencia de perjudicados tras un proceso de compensación hipotética* («No-loser constrain with hypothetical compensation»), es decir, resulta lícito realizar los cambios en política sociosanitaria si existe una redistribución compensatoria de beneficios posterior entre la población, que consiga que todos los ciudadanos perjudicados por la primera fase del cambio, mejoren hasta que ninguno de ellos esté en peor situación que al comienzo.

En España, un obstáculo para optimizar la eficiencia de la atención a las personas dependientes es la diferencia entre el sistema social y sanitario, que es característica en sis-

1 El concepto de «calidad de vida» es un constructo que no está suficientemente definido para las personas dependientes. Por ejemplo, los QALY (Drummond, O'Brien, Stoddart & Torrance, 2001) y otras unidades de medida cuantitativa usuales cuando se miden los beneficios asistenciales sanitarios (Kuntz & Weinstein, 2001) se obtienen a través de preferencias de los sujetos entre estados de salud alternativos, pero no contemplan el resto de aspectos propios del perfil asistencial de las personas con dependencia, como el apoyo social o la necesidad de ayuda de otra persona para realizar determinadas actividades de la vida diaria.

temas de bienestar de países mediterráneos (George, Stathopoulos & Garcés, 1999). La asistencia médica es un derecho subjetivo y es gratuita para todos los ciudadanos, mientras que la asistencia social requiere una valoración de recursos económicos. Sin embargo desde enero de 2007 la Ley de Autonomía Personal y Atención a las Personas con Dependencia reconoce a estas últimas el derecho subjetivo a la asistencia social, dando un paso importante en la equiparación con el sistema sanitario, si bien se mantiene el criterio de elegibilidad en función de recursos económicos para priorizar la asistencia. No obstante, casi el 68% de las personas que necesitan cuidados de larga duración en España los reciben del Sistema Sanitario (Garcés, Zafra, Ródenas y Megía, 2002). Uno de los escenarios más comunes y más caros para las personas dependientes es el tratamiento a través de los hospitales de crónicos y larga estancia (en aquellas Comunidades donde existen).

Estudios europeos relevantes han demostrado que una adecuada gestión del alta hospitalaria es una posible estrategia para mejorar la eficiencia asistencial, pero requiere introducir nuevas prácticas metodológicas para atender su diversidad y complejidad (Glasby & Lester, 2004; Glasby, Littlechild, & Pryce, 2004; Tracey, Taylor, & McConnell, 1998; Victor, Healy, Thomas, & Sargeant, 2000; Sharma, Stano & Haas, 2004; Drummond, O'Brien, Stoddart & Torrance, 2001; Kuntz & Weinstein, 2001; Davies & Fernández, 2000).

En esta investigación estudiamos el aumento de la relación coste/ beneficios que podría lograrse si se optimiza la utilización de los recursos institucionales sanitarios que atienden a personas dependientes, especialmente onerosos. Esta optimización implica utilizar recursos domiciliarios y/o comunitarios cuando sea posible en función del perfil asistencial de cada usuario. Dos son las condiciones que deben ser respetadas en la gestión de estos recursos:

- a) Todas las personas dependientes deben recibir la ayuda social y sanitaria que necesiten a través de servicios de alta calidad de modo que su calidad de vida no disminuya en ningún caso.
- b) El coste de la atención actual debe disminuir o, lo que es equivalente, el número de personas dependientes atendidas cuando lo necesiten debe aumentar. Ello implica una redistribución de la asistencia entre los usuarios potenciales consistente con el principio «*No-loser constrain with hypothetical compensation*». Este último requisito es especialmente necesario en un Estado del bienestar, cuando las Administraciones públicas suministran la cobertura a partir de los impuestos de todos los contribuyentes quienes, a cambio, deben poder gozar de igual oportunidad de beneficio y, en su defecto, de una gestión que garantice la máxima equidad y oportunidad de acceso.

Nuestra hipótesis de trabajo es que entre los pacientes ingresados en unidades hospitalarias específicas encontraremos casos con un perfil adecuado, por su condición clínica, su nivel de dependencia y su apoyo social, para ser derivados a otros servicios asistenciales.

Partiremos del estudio de la situación en los recursos hospitalarios destinados a la atención a la dependencia, y valoraremos la posibilidad de derivar parte de los pacientes

a recursos domiciliarios y comunitarios de carácter social y sanitario. Se trata de crear los paquetes asistenciales adaptados a cada caso real, de modo que el itinerario previsto maximice la eficiencia minimizando el gasto no necesario.

Hacer plausible la propuesta requiere acompañarla de cálculos de costes. Por tanto calcularemos el coste actual del cuidado hospitalario en personas dependientes. Después debemos crear un criterio para derivar pacientes dependientes a otros servicios cuando sea posible y aconsejable, y debemos determinar los recursos alternativos. Para concluir elegiremos posibles escenarios y calcularemos el beneficio en términos económicos y de oportunidad de utilización de los recursos liberados.

MÉTODO

El ámbito sociopolítico del estudio es la Comunidad Valenciana, en la que existen unidades hospitalarias específicas para personas dependientes (Ver Cuadro 1). El año de referencia en el que se dispone de todos los datos es 2004.

CUADRO 1

PERFIL DE LOS PACIENTES DE UNIDADES HOSPITALARIAS ESPECÍFICAS EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

Unidades hospitalarias	Perfil del paciente
<i>Hospitales para ancianos, enfermos crónicos, larga estancia y terminales (HACLE)</i>	<p>Enfermos crónicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Dependientes para las ABVD. — En estado terminal que necesitan tratamientos paliativos. — Pacientes mayores de 75 años. — Complejidad clínica. — Convalecencias después de ser estabilizados tras un período agudo.
<i>Unidades de hospitalización psiquiátrica (UHP)</i>	Pacientes que sufren enfermedades mental crónicas serias (demencia, esquizofrenia, desórdenes de personalidad u otras psicosis) o episodios agudos de desórdenes neuróticos.
<i>Unidades médicas de corta estancia (UMCE)</i>	<p>Pacientes mayores o enfermos crónicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Dependientes para las ABVD. — En estado terminal con fuertes dolores. — Con signos vitales inestables, con un alto riesgo de necesitar atención urgente.

FUENTE: Generalitat Valenciana (1998).

Las fuentes de datos que se utilizan son: a) las bases de datos (Conjunto Mínimo de Bases de Datos —CMBD—) y los datos oficiales de los hospitales; y b) una encuesta de población sociosanitaria sobre sus necesidades asistenciales realizada a partir de una

muestra representativa de 1,265 personas dependientes de la Comunidad Valenciana (Garcés, Ródenas & Sanjosé, 2004).

El CMBD y los datos oficiales de hospitales proporcionan información económica, médica y estadística sobre los pacientes: género, edad, diagnóstico clínico, número de estancias y circunstancias clínicas; coste anual total por cada servicio y el total de estancias anuales. Pero no se incluye información sobre el nivel de dependencia funcional de cada paciente. Esta información se obtiene del estudio poblacional previo, que recoge, entre otros datos, la capacidad funcional y cognitiva (Garcés, Ródenas & Sanjosé, 2004). A partir de estos datos se construye la distribución estadística de pacientes por tipo de unidad hospitalaria, según su nivel de dependencia.

Datos de las personas dependientes.

En la creación de escenarios asistencial alternativos se consideran los siguientes factores: estado de salud, dependencia funcional poder realizar las actividades de la vida diaria (AVD) y la existencia o ausencia real de una persona cuidadora en la familia (Tabla 1). La salud fue evaluada según el diagnóstico médico y la complejidad clínica de los procedimientos requeridos para cada paciente. La dependencia para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) fue medida utilizando la prueba de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965). La prueba de Frenchay (Bond, Harris, Smith & Clark, 1992) se utilizó en pacientes psiquiátricos, ya que los pacientes con enfermedades mentales presentaban dependencias de distintos tipos, que se asociaban con actividades instrumentales del día a día (AIVD) más que con actividades básicas. La existencia de suficiente ayuda social o familiar y la valoración de ésta son importantes para nuestra propuesta. Consideramos que un cuidador es «una persona que puede proporcionar una cantidad importante de cuidados a otra persona con regularidad» (Stalker, 2003, p. 181). Nosotros definimos cuidador suficiente, como una «persona menor de 75 años, que pertenece a la familia del paciente, que puede cuidar a la persona dependiente siempre que sea necesario, incluso en casa del propio paciente durante, al menos, seis meses». También consideramos cuidador suficiente a una «persona contratada por la familia para proporcionar todos los cuidados necesarios al paciente».

TABLA 1
 CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES DE UNIDADES HOSPITALARIAS
 ESPECÍFICAS EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

Criterio	Unidades médicas de corta estancia (UMCE)	Hospitales para ancianos, enfermos crónicos, larga estancia y terminales (HACLE)	Unidades de hospitalización psiquiátrica (UHP)
Edad media (SD)	68.8 (17.5)	70.0 (12.8)	37.8 (12.5)
Disponibilidad de cuidador	78.5%	63.2%	60.0%
Dependencia moderada, severa o total	36.5% (ABVD)	61.1% (ABVD)	75.4% (AIVD)
Pacientes agudos	61.7%	28.1%	—
Pacientes crónicos	58.9%	93.5%	21.5%
Pacientes con enfermedades mentales o psiquiátricas	15.0%	21.1%	100%
Pacientes con enfermedades terminales	4.0%	8.1%	—
Complejidad clínica media	67.3%	45.4%	60.0%
Alta complejidad clínica	20.6%	23.8%	1.5%

FUENTE: «Polibienestar» Universitat de València, 2007.

Cálculo del coste del servicio hospitalario

La estimación del coste de atención a pacientes dependientes en hospitales se basa en la duración del ingreso y en el grado de dependencia de cada paciente. Haremos uso de la siguiente hipótesis metodológica:

Estadísticamente, y para cada unidad hospitalaria específica para personas dependientes, las personas que generan menor número de estancias son independientes o presentan dependencias leves, mientras que las personas con dependencias altas producirán en promedio mayor número de estancias.

La relación entre dependencia y número de estancias no tiene que ser necesariamente proporcional.

Partiendo de la hipótesis anterior, el procedimiento utilizado para estimar el coste de las personas dependientes ingresadas en unidades hospitalarias es el siguiente:

1. Colocar a los pacientes en orden decreciente según el número de estancias/año.
2. Utilizar estudios poblacionales previos (Garcés, Ródenas & Sanjosé, 2004) para obtener la proporción de pacientes según el grado de dependencia. Aplicar el

- porcentaje a cada unidad hospitalaria para obtener la cantidad de personas en cada nivel de dependencia.
3. Sumar el total de estancias correspondiente a los pacientes que están en cada grado de dependencia. Así se obtiene la distribución de estancias según grado de dependencia.
 4. Multiplicar el número de estancias en cada grado de dependencia por el coste por estancia para obtener la distribución del coste por cada grado de dependencia.

El coste de los recursos asistenciales se obtiene, bien de las cantidades establecidas oficialmente por consenso entre la Administración y las entidades que proporcionan cada servicio, bien de los precios del mercado de servicios, o bien como resultado de cálculos a partir de memorias económicas hospitalarias (Tabla 2).

TABLA 2
COSTE POR DÍA DE LOS RECURSOS VALORADOS (EN EUROS)

Recursos sociales y sanitarios	Coste día en Euros (Año 2004)
Hospital para Ancianos, enfermos crónicos, larga estancia y terminales (HACLE)	148,40
Unidad médica de corta estancia (UMCE)	227,50
Unidad de hospitalización psiquiátrica	238,41
Residencia	
Mayores: semiasistido	29,90
Mayores: asistido	36,30
Mayores: supra-asistido	43,74
Enfermos mentales	73,00
Centro de día	25,00
Hospital de día	105,00
Unidad de hospitalización domiciliaria	100,00
Atención primaria de salud	30,00
SAD doméstico	8,00/hora
SAD personal y doméstico	12,00/hora

FUENTE: «Polibienestar» Universitat de València, 2007.

Criterios de derivación a recursos domiciliarios y/o comunitarios de pacientes

El escenario asistencial que proponemos se basa en estudios que nos indican que las personas mayores (Elvira, Rodríguez y Tomás, 2005; Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005; Raynes, Temple, Glenister & Coulthard, 2001; OECD 1993, 1994 a, 1994 b; Pacolet, Versieck y Bouten, 1993; Consejo de Europa, 1998), y las dependientes en particular, gozan de mayor calidad de vida cuando pueden permanecer en su entorno social y familiar, con garantías de ser atendidos en sus necesidades sanitarias y sociales.

En España, aproximadamente el 75% de las personas mayores prefieren recibir cuidados en sus propios hogares (Campo, 2000); y el 56% del total de encuestados de todas las edades prefiere recibir servicios sociales y sanitarios en sus casas (Abellan, 1999). Desgraciadamente estudios internacionales como el de Moriarty & Webb (2000), que se centran en el cuidado de personas mayores con demencia, indican que la opinión de éstos no siempre se toma en consideración en los planes de cuidado.

Nuestra propuesta asistencial implica utilizar recursos domiciliarios y comunitarios siempre que el paciente: a) no presente un estado de alta complejidad clínica, b) pueda recibir atención sanitaria en su domicilio o en centros ambulatorios, y c) goce de apoyo familiar.

Los recursos alternativos a los que hacemos referencia son: residencias, servicios de ayuda a domicilio (SAD), centros de día (CD), hospitales de día (HD), unidades de hospitalización a domicilio (UHD) y atención primaria (AP) en las consultas y en las casas (médicos, enfermeras y trabajadores sociales) incluyendo unidades de salud mental (USM), de carácter ambulatorio (ver Cuadro 2).

CUADRO 2

PERFIL DEL USUARIO EN CENTROS Y SERVICIOS DOMÉSTICOS Y COMUNITARIOS EN ESPAÑA

Centros y servicios		Perfil del Usuario
Servicios Sociales	<i>Residencias mayores</i>	Las residencias para mayores ofrecen tres grados de cuidados médicos y sociales: semi-asistencia, asistencia y supra-asistencia. Los usuarios son distribuidos según su grado de dependencia para las actividades de la vida diaria (AVD) basándose en el informe médico. Los residentes deben ser personas mayores de 60 años sin un cuidador, dependientes para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), con moderada, severa o dependencia total en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) o con fallo cognitivo.
	<i>Servicio de ayuda a domicilio (SAD)</i>	Proporciona apoyo en las AVD a las personas con leve o moderada dependencia. Hay dos niveles de servicio —doméstico para AIVD y personal para ABVD—. La intensidad del servicio suministrado está vinculado con las necesidades semanales de cuidado de las personas dependientes. Usuarios sin complejidad clínica, dependientes para AIVD, que: — Tienen un cuidador apropiado. — No tienen un cuidador apropiado o viven solos, pero son independientes o tienen una leve dependencia para las ABVD y son completamente conscientes (sin confusión mental o estupor).
	<i>Centros de día (CD)</i>	Están orientados a personas dependientes para las AVD con cuidador. El objetivo es no romper la unidad familiar aliviando parte de la carga que recae sobre el cuidador principal, especialmente cuando este último trabaja también fuera de casa. La ventaja es que los usuarios no tienen que dejar sus familias ni sus casas y pueden acudir al centro de día cuando lo necesiten. Los centros de día ofrecen actividades culturales así como catering, baños adaptados, rehabilitación o terapia ocupacional.

CUADRO 2 (Continuación)

Centros y servicios		Perfil del Usuario
Servicios Sanitarios	<i>Hospital de día (HD)</i>	Estas unidades hospitalarias proporcionan cuidados y tratamientos a los pacientes con enfermedades crónicas, dependientes para las AVD, que tienen un cuidador apropiado. Los tratamientos van desde quimioterapia, en pacientes oncológicos, hasta la rehabilitación en casos traumatológicos, terapia ocupacional y tratamiento para el dolor.
	<i>Unidades de hospitalización domiciliaria (UHD)</i>	Los hospitales de agudos se encargan de estas unidades que proporcionan cuidado sanitario especializado en el hogar del paciente, después de un periodo de estabilización en el hospital. Los pacientes dados de alta en un hospital de agudos, que tienen un cuidador apropiado, se encuentran en algunas de las siguientes situaciones: — Enfermedad crónica. — En fase terminal y que necesitan cuidados paliativos. — Personas mayores de 75 años.
	<i>Unidades de salud mental (USM)</i>	Atienden pacientes con cualquier problema de salud mental que son derivados desde atención primaria de salud. Ofrecen programas específicos para pacientes crónicos.
	<i>Atención primaria</i>	Cuidados sanitarios básicos, relacionados con los problemas de salud más frecuentes, de ámbito local y en conexión con los servicios sociales. Normalmente tienen programas para pacientes crónicos, atención domiciliaria para pacientes encamados que tienen un cuidador adecuado. Se encargan de revisar las técnicas como terapia de oxígeno, terapia de fluidos, tratamiento de úlceras, catéteres y fisioterapia.

FUENTE: «Polibienestar» Universitat de València, 2007.

La complejidad clínica de cada paciente se asigna objetivamente según el Cuadro 3. La disponibilidad de estos procedimientos clínicos, así como el grado de supervisión que el enfermo requiera, determina el recurso asistencial alternativo de carácter sanitario que puede cubrir las necesidades del paciente, siempre que éste no se encuentre en un episodio agudo. Los servicios sanitarios alternativos a la hospitalización y adecuados para los diferentes niveles de complejidad clínica se muestran también en el cuadro 3.

CUADRO 3
COMPLEJIDAD CLÍNICA Y RECURSOS SANITARIOS ALTERNATIVOS
ADECUADOS

Necesidad del paciente	Grado de complejidad clínica	Recurso alternativo
Nutrición enteral o parenteral, respiración asistida o terapia respiratoria, toraco-parecentesis o transfusión	Alto	Hospitalización Domiciliaria
Fluidoterapia, fisioterapia respiratoria o funcional, quimioterapia, radioterapia, biopsia, curas complejas, cuidados ostomías o traqueostomias, analítica arterial, diálisis, psicoterapia.	Medio	Hospital de día/ Unidades de salud mental
Ninguna de las anteriores, pero quizá sí oxigenoterapia o medicación IM/SB/ID, etc.	Bajo	Atención primaria (+centro de día)

FUENTE: «Polibienestar» Universitat de València, 2007.

Si se dispone o no de cuidador suficiente es un criterio básico para asignar la ayuda social adecuada y determinar el tipo de cuidado que se requiere en cada caso, pero también dependerá de la complejidad y del grado de dependencia de la persona dependiente. Consideramos que todo paciente sociosanitario dependiente que permanece en su domicilio debe ser atendido por el SAD, y establecemos tres niveles estándar de intensidad en este servicio, tanto si son domésticos (AIVD) o personales (ABVD): baja intensidad (6 horas/semana), intensidad media (10 horas/semana) y alta intensidad (15 horas/semana).

En algunos casos, se requiere que la persona cuidadora no esté laboralmente ocupada fuera del hogar para que pueda permanecer en el mismo a disposición de la persona dependiente, debido a la enfermedad (algunos pacientes con enfermedades psiquiátricas), la complejidad clínica (pacientes que reciben cuidados de unidades de hospitalización a domicilio), o por un alto grado de dependencia.

Después de considerar los factores mencionados adoptamos los criterios de asignación de recursos alternativos que se resumen en el Cuadro 4 para pacientes con enfermedades no psiquiátricas y psiquiátricas, respectivamente.

CUADRO 4
CRITERIOS DE DERIVACIÓN

1. *Pacientes que no tienen enfermedades psiquiátricas (de unidades médicas de corta estancia y hospitales para ancianos, enfermos crónicos, larga estancia y terminales)*

Cuidador adecuado

Dependencia para las ABVD	Complejidad clínica baja	Complejidad clínica media	Complejidad clínica alta
Independencia	No necesita/servicios domésticos-LI'+atención primaria de salud.	Servicios domésticos-LI/MI'+hospital de día.	Servicio personal y doméstico-HI+unidades de hospitalización domiciliaria.
Baja dependencia	Servicio doméstico-LI/MI'+atención primaria de salud.	Servicio doméstico-LI/MI'+hospital de día.	Servicio personal y doméstico-HI+unidad de hospitalización domiciliaria.
Alta dependencia	Servicio personal y doméstico-LI (+Centro de Día)+atención primaria de salud.	Servicio personal y doméstico-MI+hospital de día.	Servicio personal y doméstico-HI+unidades de hospitalización domiciliaria.

Cuidador apropiado²

Dependencia para las AIVD	Complejidad clínica baja	Complejidad clínica media	Complejidad clínica alta
Independencia	Servicio personal y doméstico-LI+unidades de salud mental.	Servicio personal y doméstico-MI+hospital de día.	Unidades de hospitalización psiquiátrica.
Baja dependencia	Servicio personal y doméstico-MI+unidades de salud mental.	Servicio personal y doméstico-MI+hospital de día.	Unidades de hospitalización psiquiátrica.
Alta dependencia	Servicio personal y doméstico-HI+unidades de salud mental.	Servicio personal y doméstico-MI+hospital de día.	Unidades de hospitalización psiquiátrica.

2. *Pacientes psiquiátricos (de unidades de hospitalización psiquiátrica)*

Dependencia para las AIVD	Complejidad clínica baja	Complejidad clínica media	Complejidad clínica alta
Independencia	Residencia para enfermos mentales (CEEM),	Residencia para enfermos mentales (CEEM),	Unidades de hospitalización psiquiátrica.
Baja/ALTA Dependencia	Residencia para enfermos mentales (CEEM),	Residencia para enfermos mentales (CEEM),	Unidades de hospitalización psiquiátrica.

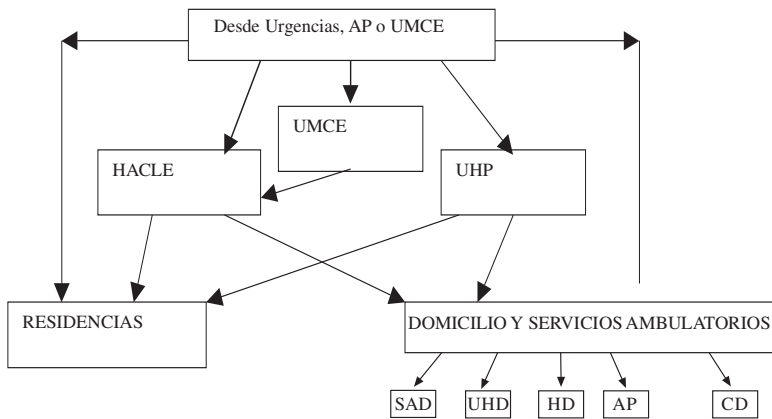
NOTAS: LI=Baja intensidad (6h/semana); MI= intensidad media (10h/semana); HI=intensidad alta (15h/semana). En residencias: LI/MI/HI= Grados de cuidados médicos.

¹ La intensidad depende de si el cuidador trabaja fuera del hogar o no, y de si el nivel de autonomía es alto o bajo para AIVD. ² Ser un cuidador apropiado de un paciente con enfermedad mental implica que el cuidador no trabaja fuera del hogar del paciente. Los pacientes independientes que presentan una complejidad clínica baja no necesitan un cuidador en la familia.

FUENTE: «Polibienestar» Universitat de València, 2007.

Los itinerarios propuestos están en el diagrama 1. Los pacientes en fase aguda o con enfermedad grave no pueden ser derivados. Pero una vez que se han estabilizado, los enfermos sociosanitarios deberían ser trasladados a hospitales para enfermos crónicos y de larga estancia. En otros casos los pacientes deben ser derivados directamente a recursos alternativos domiciliarios y ambulatorios/comunitarios.

DIAGRAMA 1
PROPUESTA DE ITINERARIOS ASISTENCIALES PARA DERIVACIÓN
DE PACIENTES DESDE HOSPITALES



FUENTE: «Polibienestar» Universitat de València, 2007.

La propuesta alternativa propone una revisión de la duración de la estancia en hospitales, ya que un número importante de pacientes podrá ser derivado a otros recursos después del diagnóstico, del tratamiento y de la estabilización inicial. El ahorro económico conseguido será función del número promedio de estancias liberadas en hospitales y asignadas a los recursos alternativos propuestos.

RESULTADOS

Costes de estancias hospitalarias de personas dependientes.

Los elevados costes de la atención a personas dependientes desde el sistema hospitalario —entre 60% y 83% del total (Tabla 3)— hacen interesante el estudio de posibles escenarios asistenciales alternativos, con el fin de hacer posible la derivación a otros recursos de aquellos pacientes susceptibles de ello, según su estado clínico, su apoyo social, su edad y otras circunstancias. Concretando escenarios alternativos podremos calcular los

beneficios en unidades monetarias (euros) y en términos de la oportunidad de beneficiar a un número mayor de personas.

TABLA 3
 COSTE DE LAS ESTANCIAS EN HOSPITALES DE LAS PERSONAS
 DEPENDIENTES (AÑO 2004)

	Unidades hospitalarias		
	Unidad médica de corta estancia (UMCE)	Hospitales para ancianos, enfermos crónicos, estancias largas y terminales (HACLE)	Unidades de hospitalización psiquiátrica (UHP)
Total pacientes atendidos	13.000	6.400	4.000
Total estancias	61.043	139.528	87.618
Total coste (euros)	13.886.999,80	20.704.075,00	20.888.815,30
Coste por estancia	227,50	148,39	238,41
Personas dependientes atendidos	7.774	4.339	1.360
Porcentaje total de personas dependientes	59,80	67,80	34,00
Total de estancias anuales de personas dependientes	36.537,80	115.856,64	57.528,00
Porcentaje del total de estancias generadas por personas dependientes	59,86	83,03	65,66
Media de estancias de personas dependientes	4,70	26,70	42,30
Media de estancias de personas independientes	4,69	11,49	11,40
Coste anual por persona dependiente	1.069,23	3.961,92	10.084,65
Coste anual por persona independiente	1.066,75	1.704,44	2.717,31
Ratio: Coste anual por persona dependiente frente al coste de las personas independientes	1,00	2,32	3,71
Coste anual del total de personas dependientes	8.312.180,29	17.191.564,16	7.219.248,85
Porcentaje del total del coste anual generado por personas dependientes	59,86%	83,03%	71,60%

FUENTE: «Polibienestar», Universitat de València, 2007 a partir de datos de los informes de gestión de hospitales de la Comunidad Valenciana y datos económicos de la Agencia de Salud de la Generalitat Valenciana.

La aplicación de los criterios mostrados en el cuadro 4 conduce a los datos mostrados en la Tabla 4, correspondientes a los porcentajes de pacientes sociosanitarios dependientes derivables desde los hospitales a otros centros o servicios por presentar el perfil adecuado de estabilidad y complejidad clínica, nivel de dependencia y disponibilidad de cuidador/a suficiente para sus necesidades y edad.

TABLA 4
DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES DERIVABLES A RECURSOS ALTERNATIVOS

Pacientes dependientes		Unidad hospitalaria actual			
		Unidad médica de corta estancia (UMCE)	Hospitales para ancianos, enfermos crónicos, larga estancia y terminales (HACLE)	Unidades de hospitalización psiquiátrica (UHP)	
% no derivables (requieren hospitalización todo el tiempo actualmente registrado)		0,0%	8,0%	1,5%	
% derivables a recursos alternativos (no ingresados o derivados tras un periodo de hospitalización menor al actual)		100,0%	92,0%	98,5%	
Total de pacientes		7.774	4.339	1.360	
Recurso alternativo asignado o derivado		% pacientes derivables ingresados en cada unidad hospitalaria			
		Unidad médica de corta estancia (UMCE)	Hospitales para ancianos, enfermos crónicos, larga estancia y terminales (HACLE)	Unidades de hospitalización psiquiátrica (UHP)	
Unidades de hospitalización domiciliaria (UHD)	Servicio de ayuda a domicilio (SAD)	Personal y doméstico 15hr/semana	9,0%		
Hospital de día (HD)	Servicio de ayuda a domicilio (SAD)	Doméstico 10hr/semana	4,0%		
		Doméstico 15hr/semana	15,0%		
		Personal y doméstico 10hr/semana	6,0%	17,0%	
		Personal y doméstico 15hr/semana	6,0%		
Atención Primaria o ambulatoria	Servicio de ayuda a domicilio (SAD)	No necesita	1,0%		
		Doméstico 6hr/semana	3,0%		
		Doméstico 10hr/semana	3,0%		
		Personal y doméstico 6hr/semana	3,0%	37,5%	
		Personal y doméstico 10hr/semana	6,0%		
		Personal y doméstico 15hr/semana	6,0%	4,0%	

Centro de día (CD)	Servicio de ayuda a domicilio (SAD)	Personal y doméstico 6hr/semana		
				2,0%
Residencia mayores – Semi-asistidos				7,0%
Residencia mayores – Asistidos				8,0%
Residencia mayores – Supra-asistidos				13,0%
Residencia para Enfermos Mentales				40,0%
Hospitales para ancianos, enfermos crónicos, larga estancia y terminales (HACLE)			100,0%	

FUENTE: «Polibienestar» Universitat de València, 2007.

Si se hace uso de estos datos, junto con los precios mostrados en la Tabla 2 para los servicios y recursos sociales y sanitarios, podemos calcular el ahorro que supondría el derivar un paciente desde cada unidad hospitalaria en la que se ubica ahora, a los recursos alternativos asignados. Los escenarios alternativos requieren de decisiones sobre el momento en que los pacientes pueden ser derivados a tales recursos alternativos, reduciendo el tiempo promedio de permanencia en las unidades hospitalarias sin riesgos para su estado de salud. Nótese que la reducción del valor promedio anual de las estancias no implica la reducción sistemática de todos y cada uno de las estancias de cada paciente, sino quizás un control de los protocolos de diagnóstico, estabilización y derivación para reducir las estancias excesivas e innecesarias. En la Tabla 5 se muestran dos escenarios concretos (aunque en el estudio inicial se elaboraron hasta 8 escenarios distintos), el ahorro económico y el número y porcentaje extra de pacientes que podrían ser tratados anualmente en esas unidades hospitalarias, sin aumento de costes.

TABLA 5
 COSTE Y AHORRO DE LOS ESCENARIOS ALTERNATIVOS. (AÑO 2004)

Escenarios		Unidad médica de corta estancia (UMCE)	Hospitales para ancianos, enfermos crónicos, larga estancia y terminales (HACLE)	Unidades de hospitalización psiquiátrica (UHP)	Total
Actual	Estancia promedio	4,70	26,70	42,30	—
	Coste total	8.312.180,29 €	17.191.564,16 €	7.219.248,85 €	32.722.993,30 €
Escenario 1	Estancia promedio reducida en un 10%	4,23	24,03	38,07	—
	Ahorro	289.014,00 €	760.534,81 €	963.375,77 €	2.012.924,59 €
	Coste total	8.023.166,29 €	16.431.029,35 €	6.255.873,08 €	30.710.068,71 €
	Nº de personas dependientes extra atendidos al año	270	192	96	558
	% extra sobre el total de personas dependientes atendidas	3,48%	4,42%	7,02%	4,14%
Escenario 2	Estancia promedio fijada	3,00	15,00	25,00	—
	Ahorro	1.045.369,78 €	3.332.680,65 €	3.940.047,49 €	8.318.097,92 €
	Coste total	7.266.810,51 €	13.858.883,51 €	3.279.201,36 €	24.404.895,38 €
	Nº de personas dependientes extra atendidos al año	978	841	391	2.210
	% extra sobre el total de personas dependientes atendidas	12,58%	19,39%	28,73%	16,40%

FUENTE: «Polibienestar» Universitat de València, 2007.

El primer escenario considera una reducción del 10% en el tiempo promedio de estancia en cada unidad hospitalaria. Utilizando este escenario como base, se pueden calcu-

lar los beneficios para otros porcentajes de reducción de las estancias promedio. El segundo escenario fija el número promedio de estancias en cada una de esas unidades. Los promedios fijados en este segundo escenario se han escogido arbitrariamente con fines didácticos, pero superan ampliamente las medias en pacientes con baja dependencia o independientes de modo que el nuevo escenario de derivación no les afecta (y desde luego, no afecta a los enfermos no estabilizados cuya derivación nunca se considera). Por tanto, la propuesta solamente afectaría, estadísticamente hablando, a los pacientes caracterizados como dependientes para las ABVD y cuyo estado de salud es no agudo y estabilizado.

Los costes económicos (y el ahorro) están calculados considerando el mismo número total de estancias promedio para todos los pacientes, tanto en el escenario actual hospitalario, como en el alternativo.

Puede verse que, por cada 10% de reducción en el número promedio de estancias hospitalarias de personas dependientes, un 4% más de pacientes puede ser atendido sin coste adicional. Desde luego existe un límite teórico en la reducción posible de la estancia promedio, que sería muy importante estimar y que sólo puede hacerse desde los órganos de gestión de estos recursos sociosanitarios. Por ejemplo, en las UMCE es difícil que se pueda valorar un enfermo, tratarlo y estabilizarlo en menos de 3 días de estancia. Si la reducción de las estancias se aproxima a las cifras utilizadas en el segundo escenario, el ahorro económico supera los 8 millones de euros anuales, lo que implica que un 16% más de personas dependientes podrían ser atendidas en estos recursos hospitalarios, permaneciendo en ellos el tiempo promedio actual, sin aumento de presupuesto. Ello supone una redistribución de los beneficios entre la población compatible con los principios éticos asumidos.

CONCLUSIONES

La gestión de altas hospitalarias y la derivación a servicios comunitarios y domiciliarios está siendo aplicada en países europeos, en particular UK (Glasby, 2004). Los beneficios de esta estrategia no son sólo clínicos (la reducción de las infecciones en hospitales) sino también funcionales porque se considera que aumentan la independencia de los pacientes (Wiles, Postle, Steiner & Walsh, 2003). Este tipo de beneficio no ha sido analizado suficientemente en el contexto español.

La propuesta que recoge este artículo enfatiza los beneficios financieros y la optimización del uso de los hospitales, si se optimizan los siguientes parámetros:

1. Los recursos y servicios deberían ser los apropiados para las necesidades específicas de cada persona dependiente (Garcés, Ródenas & Sanjosé, 2006). Es posible definir el perfil de cuidados que se debe asignar a cada paciente y establecer qué paquete de servicios debería ser asignado a cada caso particular en cada momento (itinerarios asistenciales), con el fin de mejorar al máximo su calidad de vida.
2. La posibilidad de que toda la población utilice los recursos, puede aumentar gracias a una utilización eficiente de los servicios que se ofrecen a los pacien-

tes. Este hecho tiene implicaciones monetarias importantes, pero también éticas, ya que los pacientes pueden estar en casa y recibir el servicio necesario en su hogar.

No obstante, en España el paciente sociosanitario utiliza una gran variedad recursos sociales y sanitarios, sin que exista un equipo de referencia que se haga cargo tanto de la evaluación como de determinar qué servicios son más necesarios y apropiados, así como de supervisar los diferentes itinerarios.

Este trabajo muestra que se deberían establecer criterios para determinar en qué circunstancias sociales y sanitarias una persona puede ser cuidada por otros medios diferentes a los centros hospitalarios, sin perder, o incluso mejorando, su calidad de vida. De este modo se podrían diseñar escenarios alternativos en línea con lo que pretende el Sistema Nacional de Atención a Dependencia y la Ley recientemente aprobada. La aplicación de estos criterios en la Comunidad Valenciana evidencia que es posible aumentar la atención en servicios hospitalarios más onerosos sin aumentar el coste total. Las propuestas como la que recogemos aquí atienden al Principio de Sostenibilidad Social y requieren orientar los esfuerzos hacia nuevas estrategias en la organización, el control y la monitorización del cuidado de los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABELLÁN, A. (1999): «Problemas de vivienda y riesgo de institucionalización», *Revista multidisciplinaria de gerontología*, 9, pp. 253-257.
- BOND, M. J.; HARRIS, R. D.; SMITH, D. S., y CLARK, M. S. (1992): «An Examination of the Factor Structure of the Frenchay Activities Index», *Disability and Rehabilitation*, 1(14), pp. 27-29.
- CAMPO, M. J. (2000): *Apoyo informal a las personas mayores y el papel de la mujer cuidadora*, Madrid: CIS.
- CONSEJO DE EUROPA (1998): *Recommendation No. (98)9 of the Comité of Ministres to Member states on Dependence*.
- DAVIES, B., y FERNÁNDEZ, J. L. (2000): *Equity and Efficiency Policy in Community Care: Service Productivities, Efficiencies and their Implications*, Aldershot, PSSRU Studies, Ashgate.
- DAVIES, B. (1994): *Improving the case management process*. Caring for frail elderly people. New directions in care, Paris: OECD, Social Policy Studies, N.º 14.
- DIRECTORATE-GENERAL FOR ECONOMIC AND FINANCIAL AFFAIRS (2002a): «The long-term sustainability of public finances», *European Economy*, 3, pp. 32-36.
- (2002b): «Incorporating the sustainability of public finances into the Stability and Growth Pact», *European Economy*, 3, pp. 62-74.
- DIXON, A., y MOSSIALOS, E. (ed.) (2002): *Health care systems in eight countries: Trends and challenges*, London: The London School of Economics & Political Science.
- DRUMMOND, M.; O'BRIEN, B.; STODDART, G., y TORRANCE, G. (2001): *Methods for the economic evaluation of health care programmes*, Oxford: Oxford University Press.
- ELVIRA, D.; RODRÍGUEZ, P., y TOMÁS, Z. (2005): *Dónde y cómo prefieren vivir los mayores de hoy y mañana en España*, Barcelona: Edad & Vida.
- FENN, P. T.; MCGUIRE, A.; PHILLIPS, V.; JONES, D., y BACKHOUSE, M. (1996): «Modelling programme costs in economic evaluation», *Journal of Health Economics*, 15, pp. 115-125.

- GARCÉS, J. (2000): *La nueva sostenibilidad social*, Barcelona: Ariel.
- GARCÉS, J.; RÓDENAS, F., y SANJOSÉ, V. (2003): «Towards a new welfare state: The social sustainability principle and health care strategies», *Health Policy*, 65, pp. 201-215.
- (2004): «Care needs among the dependent population in Spain: an empirical approach», *Health and Social Care in the Community*, 12(6), pp. 466-474.
- (2006) «Suitability of the health and social care resources for persons requiring long-term care in Spain: an empirical approach», *Health Policy*, 75, pp. 121-130.
- GARCÉS, J.; ZAFRA, E.; RÓDENAS, F., y MEGÍA, M. J. (2002): *Estudio sobre demanda y necesidades de asistencia sociosanitaria en la Comunidad Valenciana 2000-2001*. Valencia: Generalitat Valenciana - EVES.
- GENERALITAT VALENCIANA (1998): *Programa PALET: Cuidados y calidad de vida*, Valencia: Conselleria de Sanidad, Direcció General de Salut Pública, IVESP.
- GEORGE, V.; STATHOPOULOS, P., y GARCÉS, J. (1999): «Squaring the welfare circle and government ideology: Greece and Spain in the 1990's», *International Social Security Review*, 52(4), pp. 47-67.
- GLASBY, J., y LESTER, H. (2004): «Delayed hospital discharge and mental health: the policy implications of recent research», *Social Policy & Administration*, 38(7), pp. 744-757.
- GLASBY, J. (2004): «Discharging responsibilities? – Delayed hospital discharges and the health and social care divide», *Journal of Social Policy*, 33, pp. 593-604.
- GLASBY, J.; LITTLECHILD, R., y PRYCE, K. (2004): «Research Note: Show me the way to go home: A narrative review of the literatura on delayed hospital discharges and older people», *British Journal of Social Work*, 34(8), pp. 1189-1197.
- JACKSON, R., y HOWE, N. (2003): *The Aging Vulnerability Index. An Assessment of the Capacity of Twelve Developed Countries to Meet the Aging Challenge*, Washington: Center for Strategic and International Studies and Watson Wyatt Worldwide.
- KUNTZ, K., y WEINSTEIN, M. (2001): «Modelling in economic evaluation», in Drummond, M. and McGuire, A. (eds), *Economic evaluation in health care: Merging Theory with Practice*, New York: Oxford University Press.
- MAHONEY, F. I., y BARTHEL, D. W. (1965): «Functional Evaluation: The Barthel Index», *Maryland State Medical Journal*, 14, pp. 61–65.
- MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES (2005): *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco*, Madrid: IMSERSO.
- MORIARTY, J., y WEBB, S. (2000): *Part of Their Lives: Community care for older people with dementia*, Bristol: The Policy Press.
- MOSSIALOS, E.; DIXON, A.; FIGUERAS, J., y KUTZIN, J. (eds) (2002): *Funding Health Care: Options for Europe*, Buckingham - Philadelphia: Open University Press.
- OCDE (1993): *L'aide aux personnes âgées dépendantes*, París: OCDE.
- OCDE (1994a): «L'aide aux personnes âgées dépendantes: les questions de politique sociale», in OCDE, *Les nouvelles orientations de la politique sociale*, Paris: OCDE.
- OCDE (1994b): *Protéger les personnes âgées dépendantes. Nouvelles orientations*, Paris: OCDE.
- PACOLET, J.; VERSIECK, K., y BOUTEN, R. (1993): *Protección social para personas mayores dependientes*, Bruselas: Unión Europea, Dirección General V.
- RAYNES, N.; TEMPLE, B.; GLENISTER, C., y COULTHARD, L. (2001): *Quality at Home for Older People: involving service users in defining home care specifications, Community care into practice series*, Bristol: Joseph Rowntree Foundation, York, Policy Press.
- SALTMAN, R., y FIGUERAS, J. (eds) (1997): *European health care reform: analysis of current strategies*, Copenhagen: WHO - Regional Office for Europe.
- SHARMA, R.; STANO, M., y HAAS, M. (2004): «Adjusting to changes in health: implications for cost-effectiveness analysis», *Journal of Health Economics*, 23(2), pp. 335-351.

- STALKER, K. Ed. (2003): *Reconceptualising Work with Carers: New directions for policy and practice*, London: Jessica Kingsley Publishers.
- TRACEY, F.; TAYLOR, I. C., y MCCONNELL, J. G. (1998): «A prospective study of the process of assessment and care management in the discharge of elderly patients from hospital», *Ulster Medical Journal*, 67(1), pp. 36-40.
- VICTOR, C.; HEALY, J.; THOMAS, A., y SARGEANT, J. (2000): «Older patients and delayed discharge from hospital», *Health and Social Care in the Community*, 8(6), pp. 443-452.
- WILES, R.; POSTLE, K.; STEINER, A., y WALSH, B. (2003): «Nurse-led Intermediate Care: Patients' Perceptions». *International Journal of Nursing Studies*, 40, pp. 61-71.