

Impacto de la problemática social sobre actividad y coste en centros de media y larga estancia

Galindo Gallego M, González Grande MI, Rodríguez Pérez E, Martín Alvarado MA, López-Doriga Bonnardeaux P, De Diego Martín S, Liébana Minguez MP
Hospital La Fuenfría (Instituto Madrileño de la Salud). Cerdedilla. Madrid
dirmed@hlff.insalud.es

Resumen

Objetivo: Analizar la magnitud y el impacto de la problemática social del enfermo sobre los indicadores de producción asistencial y el coste de la misma.

Métodos: Estudio longitudinal retrospectivo sobre las altas producidas entre enero y septiembre de 2001 (1.010) desarrollado en dos fases: extracción de casos con estancia extremadamente prolongada según criterio estadístico (mediana \pm 1.5 x Rango intercuartil \rightarrow 60 pacientes con más de 123 días) y análisis de indicadores de actividad, problemática clínico-social y coste de la producción mediante contabilidad analítica en el grupo seleccionado.

Resultados: Actividad: los 60 extremos supusieron el 5,9% de la casuística y el 27,25% de las estancias del período (12.986), de las que 5.606 fueron atribuibles a causa social. La estancia media de las 1.010 altas fue de 47,36 días y la correspondiente a los extremos 216,43 días. Problemática clínico-social: los extremos se agruparon en 22 GRD (fundamentalmente pacientes de rehabilitación). El 87% de ellos presentaron problemática social causante del retraso en el alta. Su mortalidad fue inferior al resto de pacientes (18% vs. 32%) y el porcentaje de institucionalización al alta muy superior (23% vs. 7%), ambas diferencias estadísticamente significativas. Costes: el coste del grupo de extremos fue de 314,17 millones pts (25,54% del coste total del período), de los que 135,6 millones fueron atribuibles a problemática social. Conclusiones: las estancias por causa social evidenciadas en los 60 pacientes extremos (5.606), empeoraron la estancia media final en un 12%. La ausencia de esta problemática o la consecución del recurso adecuado en el momento preciso habría permitido realizar 122 altas más en el período, reducir la estancia media en 5,1 días, alcanzar un IEMA respecto a 2000 menor de 1 y concluir con un balance económico muy positivo.

Palabras clave: Social. Coste. Media y Larga estancia.

Impact of social problematic on activity and cost of long-term care hospitals

Abstract

Objective: To analyse importance and impact of social problematic on indicators and cost of medical activity in non acute hospitals.

Methods: Retrospective longitudinal study analysing discharges from our hospital between January and September 2001 (n=1,010), performed in two different phases: selection of cases with extremely prolonged in-hospital stay under statistical criteria (median \pm 1.5 x interquartil range \rightarrow 60 patients with hospitalization longer than 123 days) and analysis of activity indicators, clinic-social problems and costs in selected group.

Results: *Activity:* 60 extreme outliers were 5.9% of serie and caused 27.25% of hospital stays in the period (12,986), 5,606 directly attributable to social causes. Mean stay of 1,010 discharges was 47.36 days for the whole group and 216.43 days for outliers. *Clinical and social problematic.* Outliers could be grouped in 22 DRGs (mainly rehabilitation patients). Eighty-seven percent had some social problem as main cause for discharge delay. Their mortality was lower (18% vs. 32%) and percentage of institutionalization on discharge much higher (23% vs. 7%), with both differences reaching statistical significance. *Cost analysis.* Total cost of outliers group was 314.17 millions of pesetas (25.54% of total cost for the whole period) and 135.6 millions could be directly attributed to social problemas. *Conclusions.* Stays directly related to social causes in 60 outliers (5,606) worsened final mean stay in 12%. Absence of these problems or obtention of necessary resources in the right moment could have resulted in 122 discharges more in study period, with a 5.1 days reduction of mean stay, what could have allowed us to obtain an adjusted mean stay index respective to 2000 under one with a very positive economic balance for the year.

Key words: Social. Cost. Medium and long stay.

Introducción

El fenómeno del envejecimiento poblacional está obligando a la revisión de los sistemas de atención social y sanitaria en los países de Europa Occidental. En nuestro medio, la Ley General de Sanidad de 1986 contemplaba la coordinación sociosanitaria como eje vertebrador para una atención integral del mayor dependiente, aspecto ratificado en 1997 por el Acuerdo de la Subcomisión Parlamentaria para la consolidación y modernización del Sistema

Nacional de Salud¹, y abordado por el Consejo Interterritorial en junio de 2001 dentro de lo que será el futuro Plan Sociosanitario del Ministerio de Sanidad y Consumo. Por otra parte, a nivel médico, el Plan Gerontológico Nacional ha defendido como prioridad la promoción de la autonomía del mayor, basada en servicios comunitarios y en actividades que garanticen un envejecimiento activo, con la implicación del mayor y su permanencia en el medio social y familiar, minimizando así el grado de institucionalización.

Tanto los clínicos como los cuidadores asumen ya que los aspectos sociales, funcionales y mentales del enfermo mayor deben ser objeto de atención integrada, por sí mismos y por su influencia sobre el estado de salud. En este sentido, tras un período de hospitalización resulta fundamental garantizar la continuidad asistencial mediante un adecuado apoyo social y atención sanitaria cercanos al medio del anciano, permitiendo su reintegración familiar o comunitaria y evitando en lo posible su institucionalización. Sin embargo, este flujo teórico de cuidados se bloquea en el último nivel por la insuficiente dotación de recursos sociales extrahospitalarios, obligando a los Centros de Atención Especializada a asumir una problemática social para la que no han sido planificados². Este efecto resulta importante en los hospitales de agudos y trascendental en los centros de media y larga estancia (CMLE), con los consiguientes efectos sobre su rendimiento asistencial.

En los sistemas de gestión vigentes, uno de los parámetros de *producción asistencial* de nuestros hospitales son las altas realizadas por periodo de tiempo. En torno a este parámetro se han diseñado diversos *indicadores asistenciales*; aquellos *descriptivos* que permiten conocer el ritmo de producción asistencial propia de un centro concreto (estancias totales, estancia media o número de estancias potencialmente evitables); y otros de *actividad comparada* entre distintos centros de atención especializada (estancia media ajustada por el funcionamiento, ajustada por la casuística y el índice de estancia media ajustada (IEMA)).

Respecto al *coste de la producción asistencial* en los centros de especializada, el número de estancias consumidas al alta de un paciente es un buen parámetro para asignar costes no sanitarios, tanto directamente imputables (hoste-

lería y manutención, gastos de limpieza, ropa, etc.) como indirectamente repartidos (gastos de mantenimiento del inmueble, adquisición de tecnología o infraestructura, labores de administración, etc.). Sin embargo, para un mismo consumo de estancias, el coste de la asistencia sanitaria depende de la complejidad de la patología atendida que comprende el número de pruebas complementarias necesarias, tiempo de dedicación de los profesionales (sea en hospitalización, consultas, quirófano o atención de enfermería), medicación, material sanitario o protésico necesarios para el tratamiento.

Si bien, la medida cuantitativa de la producción asistencial es relativamente fácil, la evaluación de su complejidad no lo es tanto. En este sentido, a finales de los años sesenta, Fetter y cols.³ en la Universidad de Yale iniciaron el desarrollo de un Sistema de Clasificación de pacientes en grupos de isoconsumo de recursos; el objetivo era conseguir diversos grupos de enfermedades dotados de coherencia clínica interna cuya complejidad ocasionara un gasto similar. Así se definieron un número determinado de *Grupos Relacionados por el Diagnóstico* (GRD) que fueron aceptados y validados en 1983 por la Health Care Financing Administration (HCFA) como base de pago de las hospitalizaciones cubiertas por el sistema estatal estadounidense (MEDICARE). Este sistema cubre la atención sanitaria de pacientes mayores de 65 años, aquejados de patologías agudas, en los hospitales privados del país.

En nuestro país, el sistema de información utilizado para aplicar la agrupación de pacientes por GRD se conoce como *Conjunto Mínimo Básico de Datos* (CMBD); en él se registran datos de identificación, administrativos, relativos al episodio de hospitalización y a los diagnósticos y procedimientos rea-

lizados. Fue aprobado por el Consejo Interterritorial el 14 de diciembre de 1987 y a partir del 24 de enero de 1992 su cumplimentación es obligatoria para todos los hospitales de la antigua red INSALUD.

Desde 1999, estos sistemas de medida de actividad y complejidad han servido para la presupuestación de los hospitales del Sistema Nacional de Salud, asignando recursos proporcionalmente a las altas realizadas y a su complejidad. No obstante, el carácter estratégico de la asistencia sanitaria pública obliga en todo caso a mantener instituciones a pesar de ser deficitarias mediante subvenciones a la explotación.

Aunque este sistema de financiación puede resultar ajustado en centros de agudos, su aplicación en los CMLE es insatisfactoria. En centros de larga estancia y rehabilitación no más del 12% de la distribución de cargas hospitalarias pueden ser explicadas mediante el sistema GRD⁴. Las razones son diversas: no considera otros factores de complejidad como la incapacidad secundaria (factor pronóstico fundamental en el caso de los ancianos)⁵; peor aplicabilidad del sistema conforme aumenta la estancia media de los centros⁶; e importancia del componente "social" de los pacientes en estos hospitales que retarda el alta y empeora los indicadores asistenciales⁷.

El hospital "La Fuenfría" está definido como un centro de apoyo para media y larga estancia. Se sitúa en la Sierra Norte de Madrid, en el municipio de Cercedilla (a 60 km. de la capital). Está dotado de 236 camas instaladas y se organiza en cinco líneas asistenciales (Rehabilitación, Larga Estancia, Crónicos Agudizados, Tuberculosis y Paliativos), distribuidas en sendas unidades asistenciales. En 1998, la creciente problemática social de los pacientes y la saturación de recursos sociales extra-

hospitalarios obligaron a la creación de una sexta unidad denominada Sociosanitaria o ULR, destinada a aquellos pacientes que, precisando cuidados extrahospitalarios, carecían de recursos de vivienda, económicos o apoyo familiar suficiente, debiendo permanecer en régimen hospitalario hasta su ubicación definitiva en residencia o domicilio.

El objetivo de este estudio es analizar retrospectivamente el perfil de estancias consumidas por los enfermos atendidos y dados de alta en nuestro centro, determinando la influencia que la problemática social de los casos con estancias exageradamente prolongadas ha tenido sobre los indicadores asistenciales clásicos de control de actividad (estancia media e Índice de Estancia Media Ajustada (IEMA)) y sobre el balance coste/actividad global del centro.

Material y métodos

Análisis descriptivo de actividad asistencial

Mediante un estudio longitudinal retrospectivo se describió la actividad realizada por el hospital entre enero y septiembre de 2001 (n=1.010 altas), registrándose en cada paciente variables de filiación y administrativas (identificador de episodio (ICU), fechas de ingreso y alta, días de estancia, destino al alta), variables clínicas (edad, sexo, diagnóstico principal y secundarios, procedimientos realizados) y variables de gestión (Grupo Relacionado por el Diagnóstico (GRD) y peso del mismo).

Los datos se obtuvieron del Fichero Maestro de Pacientes y del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) al alta hospitalaria. Diagnósticos y procedimientos fueron codificados al alta del

paciente siguiendo la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9^a-MC) 4^a edición en castellano.

La agrupación de altas y cálculo de indicadores se elaboró con la Estación Clínica AP-GRD 14.1 de 3M. El estudio descriptivo se realizó mediante la aplicación SPSS-9.0 y el paquete Microsoft Office.

Análisis descriptivo de problemática clínico-social

La presión del componente social en la actividad clínica del centro se registra en varios niveles del sistema de información que han servido de fuente documental:

- *Registro de solicitudes de ingreso y de criterios de denegación*: interesan dos de los criterios de denegación: "*paciente para ingreso en residencia*" y "*paciente con problemática social sin alta posible*". (indicadores de la demanda social externa al centro).
- *Registro de datos sociales e historia social*: el hospital tiene organizada la historia clínica por bloques documentales. El bloque 9 contiene los documentos de trabajo social; de ellos, el impreso 80.00 datos sociales para la historia⁸, es de cumplimentación obligatoria en las primeras 24 horas siguientes al ingreso y contiene información del enfermo relativa a su situación socio-familiar, de vivienda, económica y la problemática social detectada en la entrevista. La cumplimentación se realiza en el 100% de los casos y permite el control de riesgo social al ingreso y durante éste.
- *Círculos de Calidad* dedicados al seguimiento de problemática social obstaculizadora del alta: revisan periódicamente de forma pluridisci-

plinar (médicos, enfermeros/as, trabajador social, psicólogo, atención al paciente) la situación de los casos con problemática social grave (permite la integración de información con vistas a facilitar el alta de los casos más graves).

Análisis de costes y balance coste/actividad

El cálculo de los costes se realizó por el método de *full costing* (coste completo) utilizado de manera general por el Instituto Nacional de la Salud desde 1993 y aplicando el programa SPIGA de contabilidad analítica a la actividad realizada durante el período. Esta herramienta contable dispone de un mapa de centros de gasto independiente, también llamados *grupos funcionales homogéneos* (GFH) y de criterios de imputación o reparto de costes entre los mismos. Los costes generados por cada GFH intermedio son distribuidos según esos criterios hacia los llamados GFH finales (servicios clínicos que generan las altas como producto hospitalario).

En un nivel superior, los costes se imputan a paciente directa (medicación, dietas, pruebas radiológicas, de laboratorio o fisioterapia) o indirectamente (costes de gestión, mantenimiento del inmueble o lencería). En nuestro centro la implantación de contabilidad analítica homologa a nivel II.

Finalmente, se realizó el cálculo de los siguientes parámetros de coste/actividad:

- Coste unitario o coste por alta (determinado individualmente para cada paciente).
- Coste por estancia (cociente entre el coste total y el número de días de estancia).

- Coste por proceso (agrupado por GRD en el grupo de pacientes con estancias anómalamente prolongadas respecto al resto de pacientes; calculado como suma de los costes individuales de los sujetos incluidos en cada grupo).

Resultados

Análisis descriptivo de actividad

Durante el período de estudio (enero a septiembre de 2001) se recibieron 1.937 solicitudes de ingreso; de las cuales, 132 casos (6,8%) fueron rechazados al no necesitar hospitalización por tratarse de "paciente subsidiario de ingreso en residencia" o "problema puramente social sin alta posible". El número total de altas ascendió a 1.010 (400 varones y 610 mujeres), con

un rango de edad entre veinte y 101 años (mediana de 77 años) y una mortalidad global del 31,58% (fundamentalmente en la unidad de paliativos con 77,22%).

El total de estancias consumidas por las 1.010 altas del período ascendió a 47.834 (media de 47,36 días, mediana de 33 días), oscilando entre 0 y 835 días por alta. El límite estadístico para definir los valores extremos de la serie se situó en 123 días de estancia (percentil 50 más 1,5 veces el rango intercuartil), encontrándose sesenta pacientes con estancias anómalamente prolongadas (5,9% de la casuística). Este reducido grupo de pacientes consumió el 27,15% del total de estancias (12.986 con una estancia media de 216,43 días). El número de estancias por encima del valor extremo ascendió a 5.606 (11,7% del total) (Figura 1).

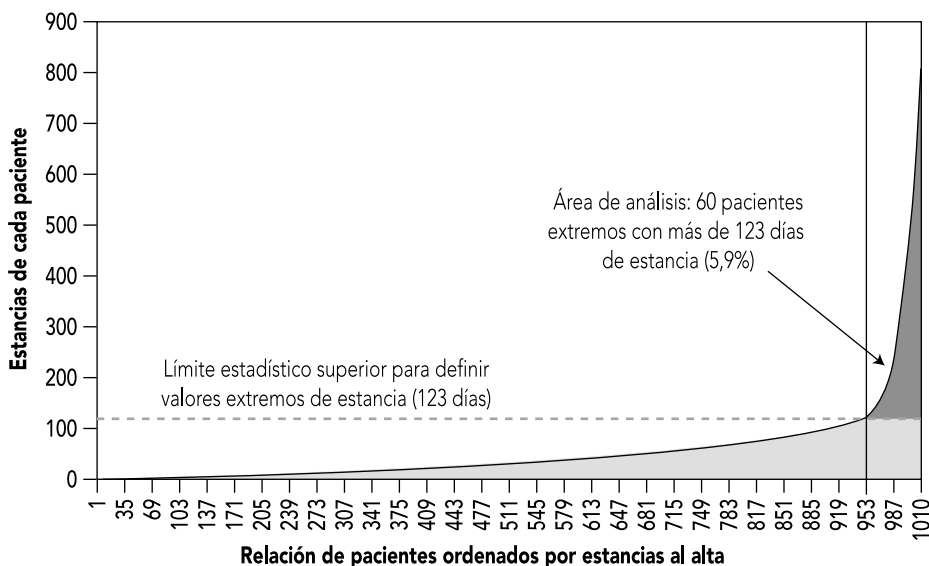


Fig. 1: Estancias ordenadas de los 1.010 pacientes dados de alta entre enero y septiembre de 2001. La línea vertical delimita los sesenta pacientes objeto de estudio con estancias anómalamente prolongadas. El área bajo la curva representa el total de estancias consumidas y la zona rayada el volumen de estancias a analizar.

Análisis cualitativo de casos extremos. Causas clínicas y sociales

La media de edad de los sesenta pacientes con estancias extremas fue de 73,47 años. Su agrupación por GRD se muestra en la Tabla 1. La mayoría de ellos (35%) fueron pacientes de rehabilitación cuya incapacidad funcional residual al alta precisaba condiciones especiales en la vivienda o apoyo social o familiar del que carecían; en algunos casos el ingreso se realizó para convalecencia sin apoyo durante meses hasta el inicio de la rehabilitación debido a estas especiales condiciones sociales. Destacó por su importancia un paciente con tuberculosis pulmonar multirresistente (GRD 800) sin posibilidades de aislamiento comunitario adecuado, en hospitalización bajo la supervisión del Servicio de Salud Pública del Área y que finalmente fue alta a otro centro por obras en la unidad.

El peso medio de este grupo de enfermos se situó en 3, significativamente superior al resto de la casuística del período (2,53), aunque todos ellos presentaban patologías que habrían permitido el alta en un plazo inferior a cuatro meses de no concurrir problemática social añadida. Por unidades asistenciales, la de Larga Estancia presentó el mayor número de pacientes con estancias anómalamente prolongadas (Figura 2).

El 87% de los usuarios con estancias extremas requirieron del equipo de trabajadores sociales para gestionar un recurso que posibilitara el alta. Algunos motivos de intervención fueron: ausencia de apoyo formal o informal que permitiera el alta a domicilio (mayores solos y sin recursos), deficientes condiciones de adaptación de la vivienda a la nueva situación funcional o epidemiológica comunitaria y situaciones de indigencia y abandono familiar tácito o declarado.

Al comparar el destino al alta de los pacientes extremos y no extremos se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas (Figura 3). La mortalidad de los pacientes con estancias extremas fue inferior a la del resto (18% vs. 32%, $p < 0,01$) y el porcentaje de institucionalización en residencia muy superior (23% vs. 7%, $p < 0,01$), que indica que un elevado porcentaje de los casos permanecieron en el hospital a la espera de un centro social.

En octubre de 2001 se realizó un análisis transversal de las estancias de los enfermos ingresados apreciándose que un 10% de ellos eran extremos en estancias por problemática social, poniéndose de manifiesto la continuidad del problema.

Impacto sobre los indicadores de actividad y coste

Con las 5.606 estancias perdidas condicionadas por problemática social podrían haberse realizado 122 altas más a una media de 46 días, con lo que la estancia media global habría disminuido de 47,36 a 42,26 días. En definitiva, la problemática social de estos enfermos ha impedido la asistencia sanitaria a un 12% más de pacientes, empeorando los indicadores de estancia media en igual medida.

En términos de actividad comparada respecto a 2000 en el propio centro, la mera eliminación de los tres pacientes de este grupo de extremos con mayor influencia sobre los indicadores de funcionamiento habría mejorado un 11,88% el IEMA, pasando de 1,119 a 0,986 (Tabla 2).

Análisis de costes del grupo de pacientes extremos

La complejidad clínica (peso del GRD) de las altas es utilizada institucionalmente para la financiación prospectiva de la actividad hospitalaria. La dotación

Tabla 1: Agrupación de los casos con estancias extremas mediante GRD y comparación con el resto de la serie

GRD	Peso	Descripción GRD	Grupo de pacientes con estancias anormalmente prolongadas (60 pacientes con más de 123 días)					Resto de casuística (<123 días de estancia, 950 casos)				
			Nº	Peso pond.	Media edad	Estanc.	E.M.	Nº	Peso pond.	Media edad	Estanc.	E.M.
462	2,389	Rehabilitación	21	0,832	74,43	3634	173,05	467	1,1744	74,82	20031	42,89
531	6,6198	Procedimientos sistema nervioso excepto craneotomía	7	0,7723	83,43	1462	208,86	23	0,1603	81,17	1081	47
424	2,6467	Proc. quirúrgico con diagnóstico principal de enfermedad mental	5	0,2206	82,2	939	187,8	23	0,0641	84,86	725	31,52
541	2,4647	Tras. Respiratorios exc. Infecciones, bronquitis, asma con cc mayor	3	0,1232	75,33	484	161,33	39	0,1012	73,43	1542	39,54
263	3,1599	Injerto piel y/o desbrid. Por úlcera cutánea, celulitis con cc	3	0,158	78,33	1211	403,67	5	0,0166	83,8	79	15,8
550	5,3127	Otros procedimientos vasculares con cc mayor	2	0,1771	66,5	292	146	6	0,0336	85,66	177	29,5
544	3,5415	Icc y arritmia cardíaca con cc mayor	2	0,1181	81,5	353	176,5	8	0,0298	80,5	382	47,75
87	1,614	Edema pulmonar e insuficiencia respiratoria	2	0,0538	73	298	149	5	0,0085	70	223	44,6
801	2,3962	Tuberculosis sin cc	2	0,0799	51	726	363	23	0,058	42,43	873	37,96
800	3,1485	Tuberculosis con cc	1	0,0525	41	835	835	5	0,0166	58,8	129	25,8
12	1,5888	Trastornos degenerativos del sistema nervioso	1	0,0265	74	277	277	7	0,0117	79,42	250	35,71
82	1,9986	Neoplasias respiratorias	1	0,0333	52	149	149	41	0,0863	69,58	841	20,51
130	1,2924	Trastornos vasculares periféricos con cc	1	0,0215	88	372	372	5	0,0068	79,8	284	56,8
239	2,0717	Fracturas patológicas y neoplasia maligna musculoesquelética	1	0,0345	39	130	130	9	0,0196	73,44	142	15,78
467	0,2522	Otros factores que influyen en el estado de salud	1	0,0042	87	137	137	3	0,0008	77,33	118	39,33
9	1,651	Trastornos y lesiones espinales	1	0,0275	72	147	147	0				
751	0,5733	Abuso o dependencia de alcohol, sin cc	1	0,0096	77	250	250	0				
533	4,8524	Otros trast. Sistema nervioso exc. aii, convulsiones y cefalea con cc	1	0,0809	90	154	154	19	0,097	79,21	615	23,37
543	2,674	Trast. Circulatorios excepto IAM, endocarditis, icc y arritmia con cc	1	0,0446	85	493	493	7	0,0197	84,28	109	15,57
709	3,8181	Hiv. con diag. mayores relacionados con diag. mayores mult. o signif	1	0,0636	29	133	133	2	0,008	39	82	41
714	2,0452	Hiv. con diagnóstico relacionado significativo	1	0,0341	39	195	195	1	0,0022	33	4	4
429	2,02	Alteraciones orgánicas y retraso mental	1	0,0337	72	315	315	9	0,0191	87,11	396	44
		Resto de GRD						243	0,5656	73,26	6622	27,25
		TOTALES ABSOLUTOS	60	3,0015	73,47	12986	216,43	950	2,4999	74,02	34705	36,68
								1010	2,5352	73,98	47834	47,36

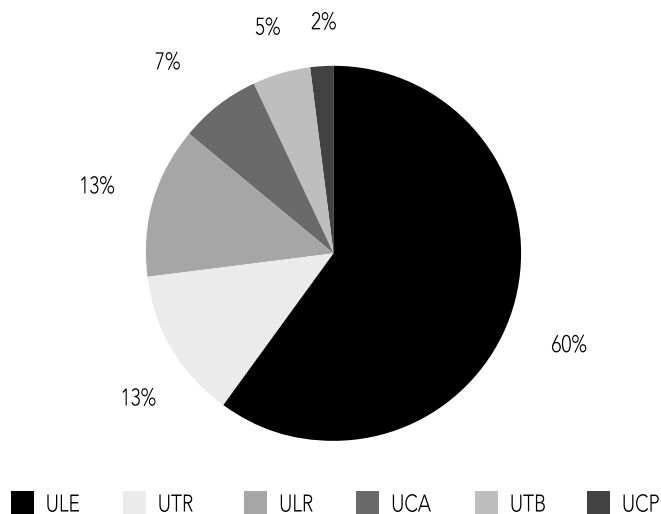


Fig. 2: Distribución por unidades asistenciales de los casos con estancias anómalamente prolongadas (ULE: unidad de larga estancia, UTR: unidad de tratamiento rehabilitador, ULR: unidad sociosanitaria, UCA: unidad de crónicos agudizados, UTB: unidad de tuberculosis, UCP: unidad de cuidados paliativos)

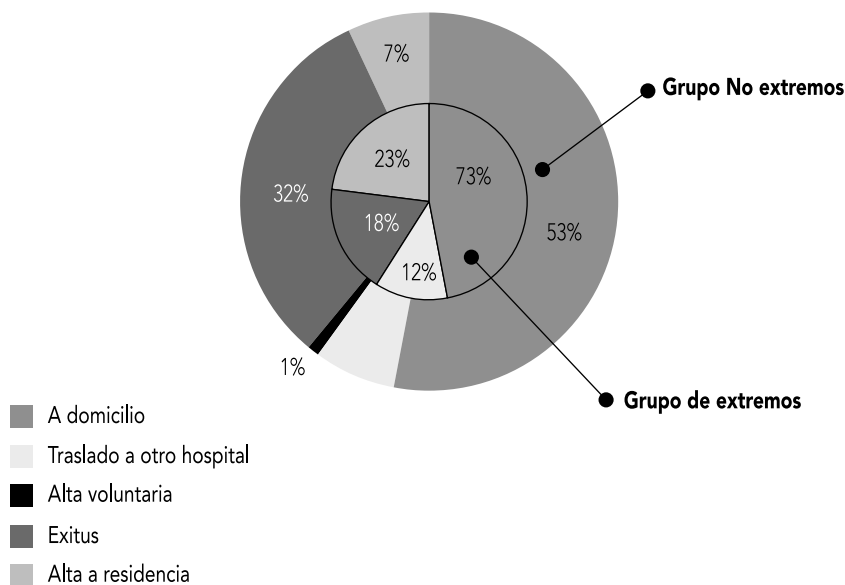


Fig. 3: Distribución comparativa de destino al alta de los pacientes extremos y no extremos

Tabla 2: Análisis de impacto de las tres altas extremas con mayor influencia sobre el IEMA

Nº altas	Total de Estancias Consumidas	EM con extremos	IEMA con extremos	Datos CMBD*: Enero-septiembre 2001 Estándar: Enero-diciembre 2000 H. La Fuenfria				
1.010	47.834	47,36	1,119					
Datos ajustados con la eliminación progresiva de pacientes <i>outliers</i> con estancias prolongadas por causas sociales								
Pacientes extremos eliminados y unidad	Acumulado de casos eliminados	Nº altas restantes	% casos eliminados respecto al total de altas	Esatancias consumidas por el paciente eliminado	% de estancias eliminadas respecto al total de estancias	EM sin casos eliminados	IEMA sin casos eliminados	Observ.
1 UTB	1	1009	0,099%	835	1,75%	46,57	1,069	Cierre Unidad Tuberculosis por obras Hº 13973 GRD 800
1 UTB	2	1008	0,198%	488	2,77%	46,14	1,053	Cierre Unidad Tuberculosis por obras Hº 15181 GRD 801
1 ULE	3	1007	0,297%	651	4,13%	45,54	0,986	Problema social muy grave Hº 14302 GRD 263

*CMBD: Conjunto Mínimo Básico de datos

presupuestaria para atender a los sesenta pacientes extremos (precio venta) constituía el 7,06% del presupuesto para el período, sin embargo, consumieron el 25,54% del coste generado (tabla 3), estimándose en 135,5 millones de ptas. el coste de las estancias atribuibles a problemática social. El balance del período fue un déficit de 8.819.515, lo que indica que el resultado de la explotación habría pasado a ser muy positivo si los enfermos hubiesen dispuesto del recurso social necesario en el momento adecuado.

Si los recursos hospitalarios malgastados en estancias sociales se hubiesen destinado a estancias en centros residenciales, podrían haberse financiado unas 20.400 estancias a un coste 200.000 ptas./mes, lo que pone de manifiesto la inadecuada distribución de los recursos.

Discusión

Aunque la problemática social del paciente hospitalizado y los factores

Tabla 3: Análisis de costes del grupo de pacientes extremos respecto al total de la serie

	Altas	Estancias	Coste	Precio de	Resultado
- Totales correspondientes al grupo de pacientes extremos	60	12.986	314.171.978	86.176.413	-222.995.565
- Costes de la actividad asistencial realizada		7.380	178.545.295	86.176.413	-92.368.882
- Costes generalizados por la problemática social		5.606	135.626.683	0	-135.626.683
- Totales en el grupo de estancia no extremas (<123 días)	950	34.848	915.757.095	1.134.933.145	219.176.050
- Totales referidos a las altas enero-septiembre	1.010	47.834	1.229.929.073	1.221.109.558	-8.819.515

de riesgo de institucionalización tras ingreso se discuten con frecuencia en la literatura, pocos estudios han valorado objetivamente la necesidad social al alta hospitalaria⁹ y la capacidad del cuidador para cubrir dichas necesidades¹⁰. La medición del coste de la problemática social en centros públicos asistenciales ha sido escasamente estudiada¹¹ y mucho menos en lo referente a CMLE, donde incide especialmente⁷. La explicación de este hecho está en la dificultad para medir qué parte de la estancia hospitalaria de un enfermo se debe a problemática social y disponer de un sistema contable que permita llevar a paciente los costes del episodio.

En Europa, la familia sigue siendo la principal fuente de cuidados¹², concretamente en España el medio familiar asume el 86,5% del total de la atención dispensada, siendo el 83% de esta proporción asumida por la mujer (esposa, hijas u otras mujeres de la misma o siguiente generación)¹³. Como complemento a esta asistencia, se establece una desigual disponibilidad de servicios sociales comunitarios utilizados en grado variable y una cobertura sanitaria prácticamente universal que en ocasiones asume problemáticas no estrictamente médicas¹⁴.

El perfil cultural y sociodemográfico de los países mediterráneos hace que en España, Portugal y Grecia, la utilización de las redes formales de cuidados sea inferior al 1% de la población mayor de 65 años (Francia alcanza entre el 5-6% y los países nórdicos el 10-20%)¹⁵. No obstante, este perfil está cambiando hacia una merma sustancial en el volumen de cuidados informales en nuestro medio. Factores como el cambio en la concepción de obligatoriedad de cuidados hacia el mayor, la aparición de nuevos modelos de familia basados en la individualidad, la incorporación de la mujer al mercado laboral y la falta de apoyo y soporte del cuidador principal han inducido un incremento en la demanda de institucionalización¹⁰, la saturación de los insuficientes recursos sociales y la mala utilización de los servicios sanitarios que absorben buena parte de esta demanda.

Se hace necesario un giro en la planificación de los CMLE. Se dispone de herramientas de planificación y gestión válidas para racionalizar el funcionamiento de los CMLE, como sistemas de valoración de pacientes que analizan integradamente las necesidades del enfermo, como el *Resident Assessment Instrument*¹⁶; sistemas de valoración que evalúan por separado la capacidad funcional¹⁷, cognitiva¹⁸ y social

del paciente; sistemas de información para registro de datos sociosanitarios¹⁹ y sistemas de clasificación de pacientes basados en consumo de recursos para CMLE distintos de los GRD como el índice de Katz, los *Patient Dependency Groups* (PGD) o los *Resource Utilization Groups*^{4,5,20}. En definitiva, es preciso un cambio en la concepción de los CMLE que permita desarrollar una actividad asistencial particular, un apoyo social y una coordinación con recursos extrahospitalarios (tanto de Atención Primaria como de Servicios Sociales) de una forma eficiente.

El estudio realizado estima el coste de nuestra problemática social interna y su impacto real sobre la eficiencia asistencial, demostrando que una parte no despreciable de recursos sanitarios se utiliza forzosamente en problemática social por la insuficiente cobertura exterior (formal o informal) o la inadecuada coordinación entre ambos recursos. Como se aprecia, nos hemos limitado a analizar aquellos pacientes en los que claramente se distingue lo sanitario de lo social ("punta de iceberg") sin embargo, en el grueso de enfermos con estancias consideradas "estadísticamente normales" (<123 días), multitud de casos permanecen mucho más tiempo del necesario para su patología debido a problemas sociales.

Las perspectivas de mejora de esta situación son pesimistas pues la problemática social seguirá presente en nuestros centros sanitarios mientras no se habilite una red de apoyo social universal, integrada con la sanidad y que garantice la continuidad de cuidados extrahospitalarios.

Citas bibliográficas

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Acuerdo para la consolidación y modernización del Sistema Nacio-

nal de Salud. (Acuerdo parlamentario de 18 de diciembre de 1997). Secretaría General Técnica; 1997.

2. Compañ I, Portella E. Impacto del envejecimiento de la población española en la utilización de servicios hospitalarios. *Todo Hosp* 1994; 106: 13-7.
3. Fetter Rb, Shin Y, Freeman JL, Averill Rf, Thompson JD. Case Mix definition by Diagnosis Related Groups. *Medical Care* 1980; 18 Supl 2: 1-53.
4. González Guerrero JL. Sistemas de clasificación de pacientes. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2000; 35(5): 254-256.
5. Solano Jaurieta JJ, López Álvarez E, Virgos Soriano MJ, Fernández León A. Grupos de utilización de recursos y medidas de resultado. *Todo Hospital* 1999; 159: 289-92.
6. Salvador Oliván JA, Rubio Calvo E, Marcos Aragúes G, Callau Puente J. Uso y mal uso de la estancia media como indicador hospitalario. *Todo Hospital* 1998; 150: 577-83.
7. Galindo Gallego M, González Grande MI, Ramos Martín-Vegue AJ, Liébana Mínguez MP, Fernández Aceñero MJ. Análisis de la problemática social en un centro sanitario de media y larga estancia: estudio de costes. *Gestión Hospitalaria* 2000; 11(3): 105-112.
8. Ramos Martín-Vegue AJ, Izquierdo Cruz C. Manual de Uso de la Historia Clínica del Hospital de "La Fuenfría". Cercedilla: Hospital de La Fuenfría; 1997.
9. Alarcón T, González JL, Bárcena A, Salgado A. Estudio predictivo de las necesidades sociales al alta hospitalaria y a los seis meses en ancianos

- ingresados por enfermedad aguda. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1998; 33 (4): 209-8.
10. Llácer Gil de Ramales A, Zunzunegui MV, Béland F. Conocimiento, uso y previsión de servicios sanitarios y sociales de apoyo al cuidador de personas mayores con incapacidades. *Rev Esp Gerontol* 1999; 34 (1): 34-3.
 11. Herbert R, Dubuc N, Buteau M, Desrosiers J, Bravo G, Troittier L et al. Ressources and costs associated with disabilities of elderly people living at home and in institutions. *Canadian Journal on Aging*; 2001; 20: 1-21.
 12. Ministerio de Sanidad y Consumo e Instituto Nacional de Servicios Sociales. Cuidados en la vejez. El apoyo informal. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales; 1995.
 13. Peñalver R. Atención sociosanitaria (II) [editorial]. *Revista de Administración Sanitaria*; 1999; III (11): 13-6.
 14. 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: 41-42.
 15. Beland F, Zunzunegui V, Llacer A. Perspectivas sobre la organización de cuidados de larga duración. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1996;31:277-90.
 16. Achterberg WP, van Campen C, Margriet A, Kerkstra A, Ribbe MW. Effects of the Resident Assessment Instrument on the care process and health outcomes in nursing homes. A review of the literature. *Scan J Rehabil Med*; 1999; 31:131-7.
 17. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel index. *Arch Phys Med Rehabil*;1965;14:61-5.
 18. Pfeiffer E. A Short Portable Mental Status Questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatr Soc*; 1975; 23: 433-1.
 19. Calvo L, Gómez Fernández JR, Gómez Tato I, Mateo R, y cols. Conjunto mínimo básico de datos sociosanitarios. *Revista de Administración Sanitaria*; 1999; III (11) 2: 95-07.
 20. Bjorkgren MA, Hakkinen U, Finne-Soveri UH, Fries BE. Validity and reliability of Resource Utilization Groups (RUG-III) in Finnish long-term care facilities. *Scand J Public Health*; 1999; 27(3):228-4.

