

Diseño de una estrategia de atención a la gran dependencia

Monteagudo Pérez C, Monteagudo Cárcel V, Serrano González M

Diputación/CHUA

Resumen

El título de la comunicación parece presuponer una visión estrictamente economicista, sin embargo en el ámbito sanitario el concepto de eficiencia debería tener un sentido más amplio, por cuanto deberíamos tener en cuenta las percepciones, sensaciones o deseos que conforman las necesidades de los pacientes y que de algún modo podrían influir en el proceso de recuperación y, por tanto, en la calidad de vida.

Por ello, el propósito de esta comunicación en relación con el objetivo es doble:

- Por una parte, analizar los costes asociados a patologías sensibles y recurrentes en el servicio de geriatría relacionadas con la gran dependencia, y aquellas mismas que se incurrirían en una residencia de asistidos con o sin unidad de cuidados intermedios (unidad con cuidados sanitarios, fundamentalmente cuidados intensivos de enfermería).
- La segunda finalidad del estudio es reflejar por la observación y la evidencia los síntomas que presentan los pacientes al ser tratados en un medio desconocido y expuestos a otros agentes patógenos que podrían influir en su evolución y por ello en su recuperación.

Introducción

Si la evidencia empírica disponible muestra la estrecha relación existente entre dependencia y edad, y, por otro lado, se está produciendo la creciente incorporación de la mujer al mercado de trabajo, hace pronosticable en el corto y medio plazo una importante sustitución futura entre cuidado familiar informal y atención formal.

Si a este escenario le añadimos las proyecciones demográficas, caracterizado por un notable incremento en el número de personas mayores, nos lleva a esgrimir argumentos suficientes como para considerar que una parte importante de las plazas residenciales estarán ocupadas por personas con un nivel de gran dependencia.

Existe abundante evidencia de que utilización sanitaria y edad se mueven a la par. Así lo corroboran, sin duda, los datos sobre utilización hospitalaria por grupos de edad y sexo. Dicha utilización muestra una forma de U muy achatada: en concreto, comparado con los valores mínimos de utilización, que corresponden a las cohortes de individuos de entre 5 y 54 años, tanto los niños de 0 a 4 años, como el colectivo de personas de entre 55 y 64 años tienen tasa de utilización hospitalaria 3 veces superiores, cifra que se eleva a 4,5 veces para las personas entre 65 y 74 años y hasta algo más de 6 veces para el colectivo de personas con 75 años o más.

En iguales términos podríamos referirnos respecto a lo que sucede en consumo de servicios en atención primaria.

Por tanto, a las autoridades sanitarias se les plantea a nivel de la política sanitaria la necesidad de una financiación continuamente incrementada generada por la gran dependencia del colectivo en estudio.

En el ámbito de la gestión, el aumento del número de consultas e ingresos en los servicios de geriatría y urgencias fundamentalmente genera problemas de retraso y acumulación que dificultan el normal desarrollo del servicio, lo que crea un deterioro en la calidad de prestaciones sanitarias y, por tanto, aumento de los costes sanitarios tanto hospitalarios como de atención primaria.

Objetivos y métodos

Objetivo general

Diseño de una estrategia de atención a las personas con gran dependencia: una alternativa eficiente en la coordinación entre los servicios de geriatría y la residencias de asistidos.

Objetivos intermedios

- Evaluar el servicio de geriatría: Estudio de los costes por GRD asociados a los pacientes con gran dependencia.
- Valorar la constitución de una unidad de cuidados intermedios en las residencias y obtener los costes asociados a las personas con gran dependencia.
- Establecer un "protocolo" de actuación en coordinación entre Svs. Gs. y Rs. As.

Objetivos operativos

Las principales tareas que se van a realizar en el estudio son:

- Describir los servicios y recopilar la población diana con gran dependencia en cada uno de los dispositivos.
- Reflejar y calcular los costes asociados a los dispositivos sanitarios y socio-sanitarios.
- Recoger los datos referentes a los ingresos y recidivas, y situación de los pacientes.

Métodos

Teniendo en cuenta los procesos y la situación actual de los estudios económicos referentes a las personas con gran dependencia, el método más adecuado es el inductivo, para que, partiendo de las muestras, generalicemos para el conjunto de la población con gran dependencia y pacientes residentes en centros socio-sanitarios.

Asimismo, se empleará el método comparativo al asociar al estudio un grupo de control.

Metodología y fases de desarrollo

El estudio se realizará en una doble vertiente:

- Valorar los costes asociados a los distintos dispositivos.
- Estimar y comparar los escenarios con y sin unidad de cuidados intermedios.

Las fuentes de datos referentes a los pacientes y a nivel económico podrán ser obtenidas:

- Facilitados por el Hospital Universitario de Albacete.
 - Facilitados por las propias residencias socio-sanitarias (S. Vicente y Alábega).
1. Fase 1.^a: Obtención de los datos.
 - a) Selección de las residencias y servicio de geriatría.

El criterio que disponga de los medios y recursos para llevar a cabo el estudio

 - Servicio de geriatría del CHUA.
 - Residencias socio-sanitarias (S. Vicente de Paul/Alábega).
 - b) Recopilación de las personas adscritas en cada dispositivo.
 - Selección de las muestras y del cuestionario de cada grupo.
 - c) Recoger los gastos y consumos de los distintos centros (según los casos):
 - Contabilidad analítica.
 - Contabilidad presupuestaria.
 - Contabilidad financiera.
 - d) Recogida de datos sobre recursos humanos.
 - Plantilla de referencia de una unidad sanitaria estándar (UCI).
 2. Fase 2.^a. Verificación de los datos.
 - a) Depuración de los datos.
 - Errores por mecanización.
 3. Fase 3.^a. Definición de los procesos.
 - a) Servicio de geriatría.
 - b) Residencia asistidos con UCI.
 - c) Residencia asistidos sin UCI.
 4. Fase 4.^a. Determinación de los costes asociados.
 - a) Servicio de geriatría:
 - $GRD \text{ (promedio pesos)} = \Sigma (GRD1 \dots\dots\dots N)$
 - b) Residencia con UCI:
 - $CRC \text{ (UCI)} = C \text{ por estancia} + \text{coste UCI} + GRD \text{ (promedio pesos)}$
 - c) Residencia sin UCI
 - $CRS \text{ (UCI)} = C \text{ por estancia} + \text{coste oculto} + GRD \text{ (promedio pesos)}$
- Errores en la recogida remitiendo los mismos a los centros facilitados.
- b) Limitaciones del estudio.
 - Valorar las limitaciones de las proyecciones sobre las muestras.
 - Agregación de los gastos en la contabilidad presupuestaria y financiera y nivel de actividad de la unidad de cuidados intermedios.

Resultados

- a) Análisis cualitativo de las encuestas/entrevistas a pacientes y/o familiares:

- Adaptación al medio hospitalario desde un dispositivo con/sin UCI.
- Adaptación a su medio a la salida del servicio hospitalario.
- b) Cálculo del n.º de ingresos y recibidas por dispositivo.
- c) Comparar los costes de la UCI con los costes ocultos:
 - El coste oculto o de oportunidad para la financiación de un servicio público:

$$Cs^* = \Sigma \text{costes servicios sanitarios "s"} - \Sigma \text{costes servicios sanitarios "c"}$$

$$Co = Cs^* + \text{coste estancia Resid. "s"}$$
- La financiación pública de las plazas residenciales, con la ley de la dependencia supondrá un esfuerzo económico adicional para el conjunto de las AA. PP., por ello, cualquier programa que implique una mayor eficiencia en la utilización de los recursos públicos debe evaluar su conveniencia.
- Podría utilizarse como un elemento para valorar la eficiencia de gestión de las residencias socio-sanitarias que en iguales niveles y grados de dependencia de residentes tuviesen una ratio de ingresos menor (junto con otros indicadores).
- El establecimiento de un protocolo consensuado desde el servicio de geriatría con:
 - Marco socio-sanitario con las propias residencias.
 - Marco sanitario con los servicios médicos de atención primaria.

Conclusiones preliminares

- La puesta en funcionamiento de unidades de cuidados intermedios en las residencias de asistidos puede suponer:
 - Reducir el número de ingresos en los servicios de geriatría.
 - Disminuir la estancia media (facilitaría el alta hospitalaria).
 - Reducir la presión sobre el servicio de urgencias.
- Aumentaría la eficiencia no solo de los procesos, si no también de los recursos económicos y, por tanto, de la financiación pública cuando los recursos pueden ser escasos y de usos alternativos.
- Un elemento tan importante como los demás, como es la calidad de vida del paciente, permitiendo que el proceso pueda resolverse en su medio o reducir los tiempos de permanencia en el medio hospitalario.

Impacto en los costes y en la calidad percibida de un hospital de día cardiovascular

Gacimartín García R, Capote Toledo ML, Bas Villalobos M, Albújar Sánchez J, Macaya Miguel C, López Maeso C

Hospital Clínico San Carlos

Introducción

La mejora de las técnicas en el intervencionismo introduce cambios en el proceso asistencial que apuntan a la posibilidad de ambulatorizar determinados procedimientos, para lo cual se detecta la necesidad de crear un área específica de cuidados (hospital de día cardiovascular HDC) que permita el alta del paciente en el día.

El objetivo de este trabajo es conocer el impacto del HDC en número de ingresos, coste del proceso y calidad, para poder lograr una alta rentabilidad en la actividad, tanto médica como de enfermería, y una garantía en la excelencia de los cuidados.

Material y métodos

Se ha analizado la actividad del HDC a partir de los cuadros de mando del hospital correspondiente a los ejercicios 2005, 2006 y 2007, comparando el número de procedimientos ambulantes entre ambos, con el fin de medir el impacto en este tipo de procesos del HDC en el momento de apertura del mismo (noviembre de 2005) y a lo largo de su funcionamiento en los dos últimos ejercicios. Asimismo, se ha efectuado un análisis comparativo de los costes de ingreso en la planta y en el HDC del total de la actividad de 2006 y 2007, aplicando los porcentajes reales de ambulatorización de 2005 a 2007, con el fin de detectar posibles diferen-

cias en el coste con la puesta en marcha del HDC. En los años 2006 y 2007 se realizaron en dos periodos diferentes, encuestas para medir la satisfacción del paciente ingresado en el HDC.

Resultados

Las cifras de actividad revelan un incremento de la actividad ambulatoria en todos los grupos de procedimientos susceptibles de ingreso en el HDC con la apertura del HDC, manteniéndose los niveles de actividad ambulatoria en el año 2007.

Esta disminución en los ingresos hospitalarios, sustituida por un ingreso en el HDC, supone una reducción de los costes de estancia de un 8% entre los ejercicios 2005 y 2006, momento en que se produce el mayor impacto con el funcionamiento del HDC.

En lo relativo a la calidad percibida por los usuarios del HDC, los resultados han sido muy favorables, mejorando en más de 40% la satisfacción en cuanto a trato por parte de la enfermería, información del médico proporcionada al paciente y su familia, así como el nivel de confort; con respecto a la situación en la planta de hospitalización convencional.

Conclusiones

El análisis efectuado parece indicar que la disponibilidad de un área específica