

El coste del ingreso prolongado del paciente crítico



The cost of prolonged hospital stay of the critical patient

Sra. Directora:

El desarrollo de la gestión sanitaria es uno de los retos al que nos enfrentamos para adaptarnos a las exigencias de calidad y eficiencia. Para ello es muy importante tener un sistema de información que permita medir, evaluar y comparar los resultados de todos los procesos asistenciales, es decir, llevar a cabo una adecuada gestión clínica para poder demostrar la calidad, los resultados y los costes de sus servicios.

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) son áreas multidisciplinarias dedicadas al cuidado de pacientes críticos. Estas áreas, aunque representan solo una pequeña proporción de las camas hospitalarias (5-10%), consumen alrededor del 30% de los recursos disponibles para cuidados de pacientes agudos y el 8% de los costes hospitalarios¹⁻⁴. Para conocer esta repercusión económica, en el caso concreto de Canarias, debemos acudir al presupuesto de gastos del Servicio Canario de Salud en el que para el año 2012 el presupuesto asignado al capítulo de Atención Especializada ascendió a 1.625.000.000 €⁵. Esto explica, al menos en parte, la necesidad de estudiar en profundidad la estancia en estas unidades y, por ende, las tasas de mortalidad como una manera de justificar este esfuerzo económico ante la sociedad en términos de eficacia clínica y eficiencia económica⁶.

Podríamos plantear si es rentable, no solo desde el punto de vista económico, sino también clínico, el ofrecer todos los recursos que tenemos a nuestra disposición para seguir tratando a los pacientes que permanecen en la UCI durante un período prolongado. La respuesta a esta cuestión solo se puede entender desde el punto de vista de cada paciente en concreto, y esta decisión solo puede ser tomada entre los médicos y los pacientes o sus familiares. Pero también habrá que dar una respuesta a la sociedad, ya que los recursos utilizados en este grupo de pacientes suponen un coste de oportunidad para otras alternativas que pueden llegar a ser más útiles para la mayoría de la comunidad^{7,8}. En definitiva, ello implica velar porque se cumpla el principio bioético de la «Justicia», que exige que la distribución de los recursos sanitarios sea equitativa, ya que administrar recursos ilimitados o incontrolados a pacientes irreversiblemente excluye a otros más necesitados violándose este principio.

Bajo estas circunstancias, es recomendable que cada gobierno disponga de un equipo económico especializado en Economía de la Salud, que sería el responsable de definir sobre cuál debe ser la utilización más eficiente de los recursos disponibles en aras de cumplir el principio de Justicia. Es por ello que el cálculo del coste de los pacientes con estancia prolongada debería ser una de las prioridades de cualquier UCI, ejercicio que hemos intentado realizar en el marco de la UCI del Complejo Hospitalario Universitario Insular-Materno Infantil para el período 2004-2010.

Para determinar el impacto del coste de los pacientes con estancia prolongada en la UCI ≥ 14 días, sobre el coste del total de pacientes que ingresaron en dicha unidad, se utili-

zaron como costes diarios de la cama en la UCI a los precios públicos teóricos establecidos por el Gobierno de Canarias, que se situaron en 898,51 € para el período 2002-2008 y en 1.348,90 € para el período 2009-2010^{9,10}. No obstante, en la tabla que se adjunta se recogen también los precios constantes tomando como base el 2002. De esta forma, para cada uno de los años del período analizado, tanto el coste anual del total de pacientes ingresados en la UCI como el de los pacientes con estancia prolongada se calcularon como la sumatoria del coste de cada paciente, que se obtuvo a partir de la multiplicación del coste diario de la cama por el número de días de estancia. En la tabla también se recogen los costes constantes tomando como base el 2002 (tabla 1).

Los datos recogidos confirman que el grupo de pacientes con estancia prolongada, a pesar de representar un porcentaje pequeño de pacientes, llega a consumir más de la mitad de los recursos totales que puede gastar una UCI. Estas cifras son mucho mayores que las reportadas en la literatura que lo estiman alrededor de un 33%, debido muy probablemente a las diferencias en la política de la gestión de ingresos y altas¹¹. Estos resultados reflejan la necesidad de analizar en profundidad a este grupo de pacientes para optimizar la ocupación de camas en la UCI a través de una reducción de la duración de la estancia. Así, por ejemplo, una reducción del 50% de los días de la UCI de este grupo de pacientes podría suponer una disminución de hasta el 25% de los días totales de la UCI utilizados. Esta reducción repercutirá, en primer lugar, en su mayor capacidad logística, ya que un mayor número de pacientes podrá ser atendido con los mismos recursos; en segundo lugar, en el mejor aprovechamiento de los escasos recursos disponibles, ya que se ofrecerían a los pacientes que en realidad lo necesitan y, en tercer lugar, en una disminución de los gastos por ingreso.

Entre las posibles acciones a llevar a cabo para lograr esa reducción de la estancia en la UCI es analizar en qué medida una estancia prolongada previa en el hospital, antes del ingreso en la UCI, está influyendo negativamente en ello, ya que si se identificasen de forma precoz a aquellos pacientes que van a precisar de cuidados intensivos, se ingresarían antes de que la enfermedad evolucione y empeore el pronóstico¹². Es por ello que se deben apoyar todas las iniciativas encaminadas a contribuir a mejorar la seguridad de los pacientes potencialmente graves, no solo en la UCI, sino en cualquier otra área de hospitalización con la intención de detectar de forma precoz procesos potencialmente graves y actuar sobre ellos antes de que se instauren fracasos orgánicos cuya resolución sería más difícil una vez establecidos.

Otra iniciativa encaminada a disminuir la estancia sería el de proceder precozmente y de acuerdo a las guías de actuación en los diferentes campos. A este respecto, cabe citar como ejemplo la puesta en marcha en 2002 de la campaña *Surviving Sepsis Campaign* (SSC), cuyo fin era tratar adecuadamente la sepsis grave con el objetivo de disminuir la morbilidad de esta enfermedad a través de la elaboración e implementación de guías de práctica clínica¹³.

Por último, otra posible línea de actuación es analizar en profundidad cómo utilizar adecuadamente los escasos recursos de la UCI. Así, por ejemplo, y dado que existe una proporción importante de pacientes que se cronifican en la UCI sería recomendable plantear su traslado a otras unidades de menor costo, tales como unidades de cuida-

Tabla 1 Repercusión del coste-cama de los pacientes con estancia prolongada en la UCI sobre el total (euros)

Año	Coste cama/día (euros corrientes)	Coste cama/día (euros constantes)	Total pacientes en la UCI	Pacientes con estancia prolongada	Porcentaje de pacientes con estancia prolongada	Coste estancia total pacientes (euros corrientes)	Coste estancia total pacientes (euros constantes)	Coste estancia pacientes con estancia prolongada (euros corrientes)	Coste estancia pacientes con estancia prolongada (euros constantes)	Porcentaje coste pacientes con estancia prolongada
2004	898	859	685	92	13,4	3.997.471	3.819.988	2.359.487,2	2.254.729	59,0
2005	898	839	803	105	13,1	4.203.230	3.924.575	2.354.096,2	2.198.031	56,0
2006	898	813	893	94	10,5	4.115.176	3.724.753	2.222.015,2	2.011.204	54,0
2007	898	798	823	101	12,3	4.504.231	3.998.367	2.518.523,5	2.235.672	55,9
2008	898	766	998	98	9,8	4.508.723	3.841.646	2.231.898,8	1.901.684	49,5
2009	1.349	1.142	1.085	124	11,4	8.177.032	6.919.858	4.690.125,3	3.969.045	57,4
2010	1.349	1.139	782	93	11,9	6.094.330	5.147.822	3.237.360,0	2.734.567	53,1

dos intermedios u otras UCI de hospitales concertados, con menor coste, para pacientes que no requieren ya de medidas de soporte vital aguda.

Bibliografía

1. Chalfin DB, Cohen IL, Lambrinos J. The economics and cost-effectiveness of critical care medicine. *Intensive Care Med.* 1995;21:952-61.
2. Jacobs P, Noseworthy TW. National estimates of intensive care utilization and costs: Canada and the United States. *Crit Care Med.* 1990;18:1282-6.
3. Oye RK, Bellamy PE. Patterns of resource consumption in medical intensive care. *Chest.* 1991;99:685-9.
4. Norris C, Jacobs P, Rapoport J, Hamilton S. ICU and non-ICU cost per day. *Can J Anaesth.* 1995;42:192-6.
5. Ley 12/2011, de 29 de diciembre, de Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Canarias para 2012. Boletín Oficial de Canarias n.º 255 (30/12/2011) [consultado 20 Sep 2014]. Disponible en: <http://sede.gobcan.es/boc/boc-a-2011-255-6767.pdf>
6. Santana-Cabrera L, Lorenzo-Torrent R, Sánchez-Palacios M, Martín Santana JD, Hernández Hernández JR. Análisis de la estancia y la mortalidad en una unidad de cuidados intensivos. *Rev Calid Asist.* 2014;29:121-3.
7. Heyland DK, Konopad E, Noseworthy TW, Johnston R, Gafni A. Is it "worthwhile" to continue treating patients with a prolonged stay (>14 days) in the ICU? An economic evaluation. *Chest.* 1998;114:192-8.
8. Hughes M, MacKirdy FN, Norrie J, Grant IS. Outcome of long-stay intensive care patients. *Intensive Care Med.* 2001;27:779-82.
9. Decreto 211/2001, de 13 de diciembre, por el que se establecen los precios públicos de los servicios sanitarios prestados por el Servicio Canario de la Salud y se fijan sus cuantías. Boletín Oficial de Canarias n.º 1, (02/01/2002) [consultado 20 Sep 2014]. Disponible en: <http://www.gobiernodecanarias.org/boc/2002/001/boc-2002-001-001.pdf>
10. Decreto 81/2009, de 16 de junio, por el que se establecen los precios públicos de los servicios sanitarios prestados por el Servicio Canario de la Salud y se fijan sus cuantías. Boletín Oficial de Canarias n.º 123 (26/06/2009) [consultado 20 Sep 2014]. Disponible en: <http://www.gobiernodecanarias.org/boc/2009/123/boc-2009-123-002.pdf>
11. Stricker K, Rothen HU, Takala J. Resource use in the ICU: Short-vs. long-term patients. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2003;47:508-15.
12. Santana-Cabrera L, Lorenzo-Torrent R, Sánchez-Palacios M, Martín Santana JD. Influencia de la duración de la estancia previa en planta sobre el pronóstico de los pacientes con estancia prolongada en la UCI. *Med Clin (Barc).* 2014;143:233-4.
13. Schorr CA, Dellinger RP. The surviving sepsis campaign: Past, present and future. *Trends Mol Med.* 2014;20:192-4.

L. Santana-Cabrera^{a,*}, R. Lorenzo-Torrent^a,
J.D. Martín Santana^b y M. Sánchez-Palacios^a

^a *Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, España*

^b *Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lsancabx@gobiernodecanarias.org
(L. Santana-Cabrera).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jcali.2015.02.007>