

Consideraciones para el análisis coste-beneficio en la red sociosanitaria

M.C. GARCÍA AMEIJERAS^a y M. ABENOZA GUARDIOLA^b

^aServicio de Rehabilitación. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. ^bServicio de rehabilitación ACTHAIA Manresa.

Resumen.—En nuestro entorno, la red sociosanitaria nace con el objetivo de adecuar mejor las respuestas de los distintos agentes sociales y sanitarios a las necesidades continuamente crecientes de los diferentes colectivos de personas con discapacidades consideradas tributarias, sean pacientes de larga estancia, de media estancia, de hospitales de día, de atención domiciliaria u otros.

También nace con un claro objetivo de ajustar de forma más estrecha los costes que los servicios dispensados generan en el propio nivel sociosanitario o generarían si se proveyeran desde otro nivel asistencial.

El propósito de este artículo es analizar, a partir de los datos de la red sociosanitaria catalana, algunos de los aspectos que nos parecen más significativos en relación con la provisión del servicio, el contenido del mismo y su coste financiado (que puede no coincidir necesariamente con el estimado) en relación con la rehabilitación.

Palabras clave: *Rehabilitación. Análisis coste-beneficio. Agentes sociosanitarios.*

CONSIDERATIONS FOR THE COST-BENEFIT ANALYSIS IN THE SOCIO-HEALTH CARE NETWORK

Summary.—In our setting, the socio-health care network arises with the objective of better adapting the responses of the different social and health care agents to the continually growing needs of the different groups of persons with incapacities that are tributary, whether they are patients of long or middle stay, of the day hospitals, of home care or others.

It also arises with a clear objective of adapting the costs that the services given generate more strictly on the socio-health care level or the costs that would be generated if they were provided from another health care level.

The objective of this article is to analyze, based on the Catalan health care network, some of the aspects that seem to us to be most significant in relationship with the providing of the service, of its content and its financed cost (that may not necessarily coincide with the estimated one) in relationship to Rehabilitation.

Key words: *Rehabilitation. Cost-benefit analysis. Socio-health care.*

INTRODUCCIÓN

Se conoce como análisis coste-beneficio¹ el que mide todos los costes y todos los resultados en salud, en términos monetarios, ante una intervención concreta. Su principal ventaja es que permite comparar los costes con los beneficios de una tecnología sin necesidad de compararla con otras, sino en función de los años de vida ajustados por calidad (AVAC) (actualmente las tendencias de estudio se inclinan hacia la evaluación monetaria global del impacto, en condiciones reales, de las innovaciones en el tratamiento de una enfermedad a lo largo del tiempo, lo que se conoce como coste-beneficio generalizado).

La red sociosanitaria es, a pesar de su relativa juventud, una de las que ha definido de forma más exhaustiva sus reglas de juego. La necesidad de determinar con rigor los perfiles de los diferentes tipos de colectivos atendidos, la metodología específica de intervención para cada grupo de pacientes, la valoración de los resultados obtenidos, el desarrollo de sistemas específicos de coordinación, la necesidad de identificar los costes de estos servicios, entre otros aspectos, son objeto de estudio por parte de diferentes grupos de trabajo. Nos interesa valorar, en este artículo, estos parámetros en función del perfil de pacientes receptores y su relación/implicación con el proceso de rehabilitación.

Los datos contenidos en el Sistema de Información Sanitaria de España (SISAN) de 2004² muestran un cambio en el patrón epidemiológico y un crecimiento de las enfermedades crónicas debido al aumento de la esperanza de vida.

Los últimos datos publicados³ señalan que en Cataluña el 17,4 % de la población es mayor de 65 años, lo

que representa 1.104.113 personas y el 4,06 % tiene más de 79 años, es decir, 257.934 personas.

RED SOCIOSANITARIA EN CATALUÑA

El desarrollo de recursos sociosanitarios en Cataluña ha sido, como es sabido, uno de los más amplios del territorio español, por ello se utilizan en este análisis los datos que se refieren a esta comunidad autónoma.

Actualmente la dotación de servicios sociosanitarios de hospitalización, según datos proporcionados por el Programa "Vida als Anys"⁴, es la que muestra la tabla 1. La actividad asistencial está concertada con un total de 91 centros sociosanitarios de diferentes titularidades, públicas o privadas.

Los hospitales de día de la red sociosanitaria son 63, con un total de 1.516 plazas y una *ratio* de 1,19 plazas por cada 1.000 habitantes mayores de 64 años.

Las proporciones, de las diferentes líneas de recursos asistenciales de internamiento, se representan en la figura 1: el número de unidades de cada línea de producto, la proporción de camas de cada una de las líneas y, finalmente, la proporción de cada tipología de camas por cada 1.000 habitantes mayores de 64 años, excepto las de paliativos, que están referidas a cada 1.000 habitantes de población general.

En la tabla 2 se muestra la relación de los equipos de atención ambulatoria en el año 2001 y del programa de atención domiciliaria y equipos de soporte (PADES) según datos facilitados por la División de Atención Sociosanitaria, programa "Vida als Anys"⁴.

En total, según los datos facilitados, funcionan 34 equipos ambulatorios de atención geriátrica, 27 de cuidados paliativos, 21 de atención a las demencias y 79 equipos que desarrollan una función mixta o polivalente de atención a diferentes grupos de pacientes.

La capacidad asistencial y de intervención de la red sociosanitaria no debería infravalorarse. Los datos sobre actividad sociosanitaria, publicados en la memoria del CatSalut 2002⁵ se describen en la tabla 3.

En total, en ese período fueron atendidos en las diferentes líneas de internamiento 32.154 pacientes.

La figura 2 muestra el impacto de la actividad de convalecencia dentro de la red sociosanitaria, respecto al volumen de pacientes atendidos, del número de altas anual y de la estancia media en esta línea de atención específica. Impacto especial destacable si se tiene en cuenta el número total de plazas de convalecencia con respecto a la larga estancia, la media estancia polivalente y los cuidados paliativos.

Cabe destacar el volumen de pacientes ingresados en las 1.428 plazas de convalecencia y su estancia media (también debe considerarse una parte, probablemente superior al 50 %, de la actividad de las unidades de media estancia polivalentes, como específicamente reha-

TABLA 1. Dotación de servicios sociosanitarios en Cataluña

Servicio	Unidades	Camas/ plazas	Camas/1.000 hab. > 64 años
Media estancia	90	2.033	1,7
Convalecencia	45	1.428	1,2
Cuidados paliativos	30	372	0,057*
Polivalentes	15	223	0,2
Larga estancia	88	5.564	4,7
Total internamiento	91 CSS	7.587	6,4

Tasas calculadas según padrón del 2001.

*Camas por 1.000 habitantes.

CSS: centros sociosanitarios.

Tomada de Salvà-Cassanovas et al⁴.

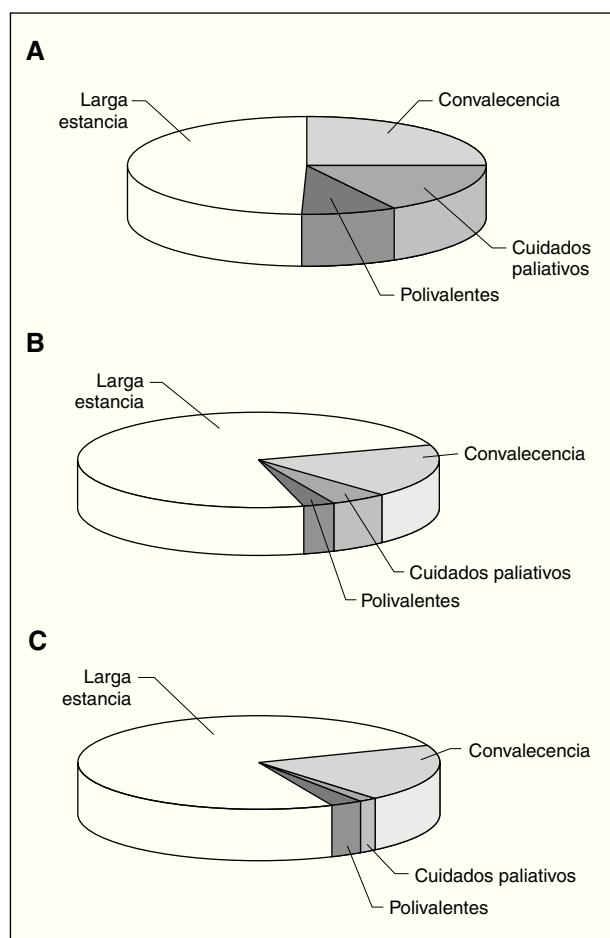


Fig. 1.—Dotación de servicios sociosanitarios en Cataluña. A) Número de unidades. B) Dotación camas/plazas. C) Camas/1.000 habitantes.

litadora). Resulta evidente, por el volumen de pacientes atendidos, que la capacidad cuantitativa de las unidades de media estancia en cuanto a la resolución de problemas es una de las más altas del sistema sanitario, y es precisamente en estas unidades donde la medicina de rehabilitación debe tener un papel principal.

TABLA 2. Dotaciones de equipos de valoración y soporte ambulatorios (año 2001)

Tipología equipo	Geriatría	Paliativos	Demencias	Mixtos/ polivalentes
UFISS	25	20		8
PADES	—	—		68
UVIA	9	7	21	5

UFISS: unidades funcionales interdisciplinarias sociosanitarias;
PADES: programa de atención domiciliaria y equipo de soporte;
UVIA: unidades de valoración integral ambulatoria.

TABLA 3. Pacientes y altas de internamiento sociosanitario en Cataluña (año 2002)

Línea de producto	Pacientes atendidos	N.º de pacientes dados de alta	Estancia media (días)
Larga estancia (incluye sida)	12.834	7.817	174,5
Convalecencia	12.074	10.884	40,8
Cuidados paliativos	5.085	4.670	21,9
Media estancia polivalente	2.161	1.986	34,6

Los diagnósticos prevalentes en estas unidades son la fractura de cadera y el accidente cerebrovascular (ACV), a significativa distancia del resto de procesos atendidos. Estos diagnósticos prevalentes coinciden también en el impacto generado en los propios servicios de rehabilitación hospitalarios⁶; en ambos casos la calidad de la supervivencia obtenida, y no sólo la supervivencia en sí misma, debería ser el elemento de análisis que se debe considerar desde la óptica de la gestión clínica.

El elemento común en todos los colectivos de pacientes atendidos en la red sociosanitaria es el incremento de las necesidades derivadas de su nivel de dependencia, por diferentes causas médicas y/o sociales.

No se cuestiona en el aspecto técnico la necesidad de mejorar la integración y coordinación entre los servicios sanitarios y sociales^{7,8}. Potenciar el trabajo en equipo multidisciplinar es una de las estrategias que permiten optimizar y agilizar la gestión de los diferentes recursos asistenciales y al alta de las personas ancianas o dependientes.

PAPEL DE LA REHABILITACIÓN

La American Geriatrics Society (AGS) establece diferentes niveles de intervención de la rehabilitación en el modelo evolutivo entre la enfermedad, el deterioro, la discapacidad, la minusvalía y los factores intrínsecos y extrínsecos identificados⁹. Este modelo se muestra en la figura 3.

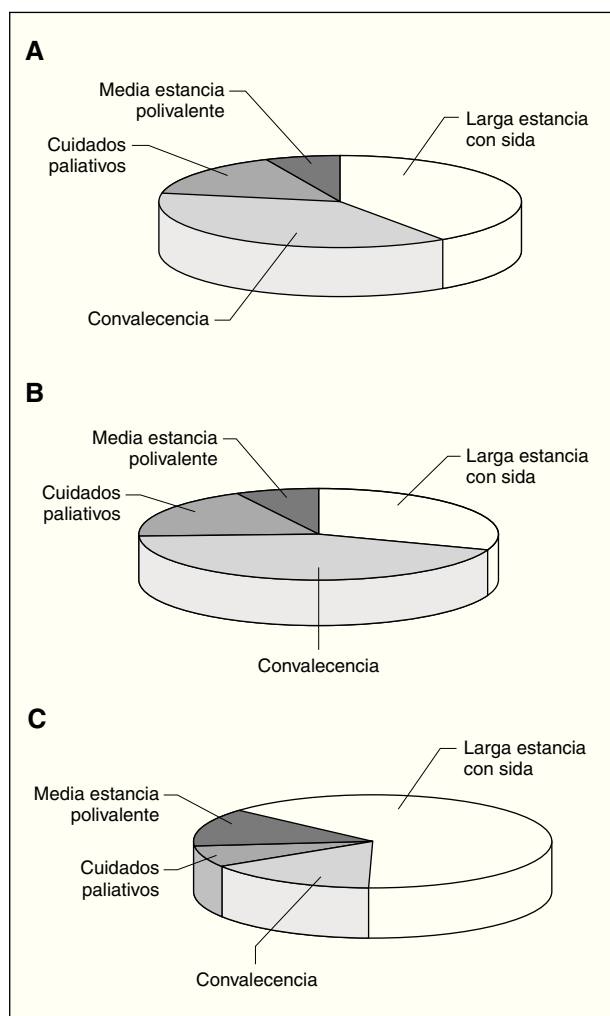


Fig. 2.—Impacto de la actividad de convalecencia en la red sociosanitaria en Cataluña (2002). A) Pacientes atendidos. B) Número de altas. C) Estancia media.

En este modelo, la rehabilitación ocupa un papel destacado en la contención del proceso de evolución de la enfermedad al deterioro y de éste a la discapacidad, y se sitúa como el factor extrínseco capaz de moderar la intensidad de la dependencia, entendida, en un sentido amplio, como la falta de autonomía física, psíquica o intelectual que requiere ayuda importante¹⁰, y no sólo como la dificultad para realizar las actividades de la vida diaria (AVD).

Cabe señalar, asimismo, que los ancianos de hoy son menos dependientes que sus predecesores¹¹ debido a diferentes factores (alimentación, salud pública, estilos de vida, etc.) y no sólo a la mejora de la atención sanitaria directa; asimismo, no es cuestionable que la provisión de servicios sanitarios y sociales a los ancianos es coste-efectiva¹².

Determinar con exactitud la ubicación idónea de cada paciente^{13,14} se convierte en una de las prioridades

del sistema sanitario con el fin de salvaguardar su eficacia y eficiencia.

Es destacable el elevado grado de satisfacción de los pacientes que consumen los servicios revelado en las encuestas de calidad realizadas en la red sociosanitaria y señalar que, en el medio plazo, las tendencias de la planificación sanitaria probablemente se decantarán hacia los parámetros de calidad que son relevantes para los clientes sanitarios, en cualquiera de los niveles asistenciales, perdiendo protagonismo, como aseguran algunos expertos, las medidas de mejora de la calidad que no sean percibidas como tales por los receptores¹⁵.

ANÁLISIS DE LA DEMANDA DE SERVICIOS SOCIOSANITARIOS DE REHABILITACIÓN

Conocemos la eficacia de las escalas de valoración funcional¹⁶ como instrumentos útiles para medir el producto sanitario de la rehabilitación médica.

No se dispone de datos reales de los costes de determinados segmentos de la intervención sanitaria dentro del proceso asistencial, como por ejemplo de los costes totales de la rehabilitación en las unidades de media estancia, respecto a la dependencia evitada.

Los datos de que se dispone son los estimados en función de la categorización de los grupos de pacientes según la clasificación del RUG-III (Resource Utilization Groups), que han permitido estandarizar las tipologías de los pacientes¹⁷ y han facilitado establecer comparaciones entre diferentes centros y entre grupos de pacientes iso-recursos (pacientes que son consumidores de los mismos recursos con independencia del proceso causal).

El RUG-III clasifica a los pacientes en 44 grupos finales a partir de siete tipologías de pacientes; de éstas, las equivalentes a la media estancia con altos requerimientos de rehabilitación especial (no de enfermería), se distribuyen en cuatro grupos jerárquicos, en función de si la dependencia para las AVD es muy alta, alta, media o baja. Asimismo, se incorporan los ítems necesarios para la construcción de la clasificación en el RAI (Resident Assessment Instrument), a partir de la definición de un amplio conjunto mínimo de datos (CMD) tal como muestra la figura 4¹⁸, de evaluación multidimensional de la persona.

DISTRIBUCIÓN DE LOS COSTES EN EL SECTOR SOCIOSANITARIO

El coste de la atención a la dependencia¹⁹ viene condicionado por el envejecimiento demográfico; el factor de prevalencia (definido como el porcentaje de personas mayores que, estando o no institucionalizadas, ne-

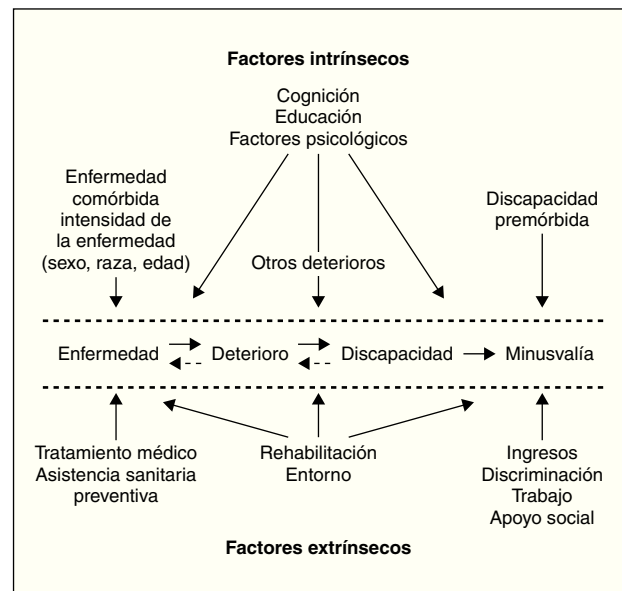


Fig. 3.—Niveles de intervención de la rehabilitación. Modificada de Hoenig H, Nusbaun N, Brummel-Smith K. Geriatric rehabilitation: state of the art. *J Am Geriatr Soc* 1997;45:1372.

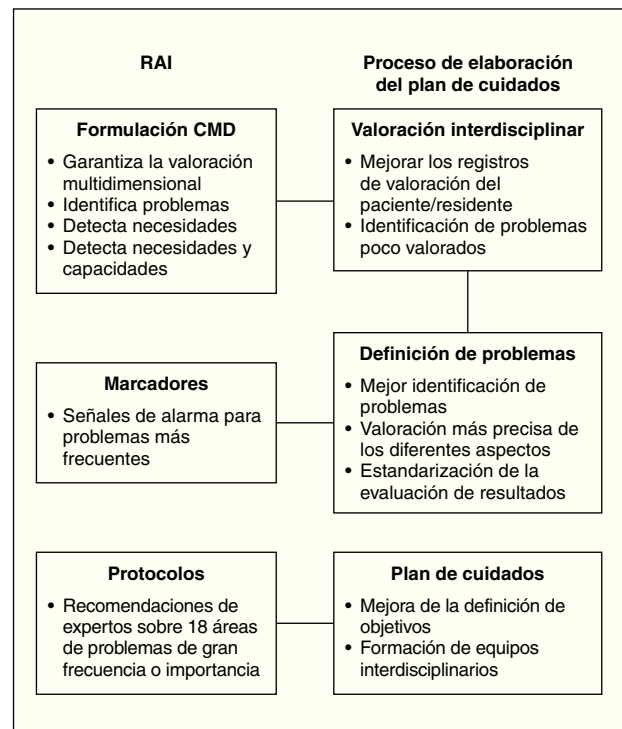


Fig. 4.—Evaluación multidimensional del RAI. Tomada de Bossard Consultants.

cesitan ayuda para distintas actividades cotidianas); el grado de utilización de los distintos servicios y el coste unitario de cada servicio suministrado, con una previsión de incremento continuado de estos costes debido

no sólo al aumento de la población diana, sino también al previsible aumento de los costes y de su diversificación tecnológica.

También es conocido el impacto que sobre los costes tiene el índice de rotación²⁰. Existe una relación directa clara entre ambos factores: a mayor rotación, mayor coste promedio.

Estudios realizados por diferentes grupos de trabajo distribuyen la proporción estándar del gasto en los centros sociosanitarios de larga estancia, en esta proporción global: estructura física y personal (directivo, médico, terapeutas y trabajador social), 17-20%; la hostelería (lavandería y manutención), 10-12%; farmacia (medicación y material fungible), 8-10%, y personal de atención directa (DUE, auxiliares), 60-65%.

Martínez Zahonero et al²¹, en su trabajo sobre 52 centros sanitarios, establecen que los costes de personal representan el 58,74%, las compras el 20,55% y los trabajos externos el 9,04%.

La partida más importante de los costes se destina al personal de atención directa; a medida que aumenta la complejidad de los pacientes atendidos, aumenta la proporción del coste que se destina al personal asistencial directo total, y por lo general aumenta la partida de farmacia y de costes transferidos.

En cuanto al proceso asistencial directo, debe recordarse que una parte de los costes del proceso de atención se transfiere a los hospitales de agudos al no realizarse en la red sociosanitaria las interconsultas a los especialistas, ni exploraciones como determinaciones analíticas de cierta complejidad, radiología, medicina nuclear ni ninguna otra exploración complementaria, tampoco las prescripciones ortoprotésicas, costes todos ellos que son financiados desde el ámbito hospitalario o de la atención primaria sanitaria.

También la farmacia tiene un límite financiero, de forma que cuando es preciso utilizar un fármaco que por su coste elevado no puede incluirse en la financiación de la estancia sociosanitaria, esta prescripción (y por lo tanto su coste) se traslada al otro nivel asistencial que lo prescribe.

TREINTA MIL EUROS POR AVAC

El control de la dependencia para la asignación de recursos²² es una herramienta necesaria que permite establecer prioridades en el área de la planificación y de la asistencia sociosanitaria.

El concepto de "calidad de vida relacionado con la salud" gira en torno a una concepción multidimensional y hace referencia a las consecuencias físicas, psíquicas y sociales que la enfermedad produce sobre la vida de las personas²³.

En 30.000 € por AVAC se sitúa, según Ortún²⁴, el umbral de eficiencia en España en el año 2003. Señala

que esta cantidad refleja una disposición social a pagar en el margen, orienta las decisiones de financiación pública de los servicios sanitarios y son una guía de la disposición social que se debe pagar por conseguir un AVAC. Esta cantidad debe ir adaptándose al contexto de la decisión de asignación de recursos (proceso político), al contexto individual (proceso clínico) y a las preferencias del ciudadano (procesos político, clínico y de mercado).

La elección entre alternativas²⁵ se guía por el criterio de que un programa debería llevarse a cabo si el beneficio que comporta es superior a su coste, es decir, si el beneficio neto es positivo; de ser así, aumentaría el bienestar social de la población.

El control de la dependencia se convierte en una herramienta básica para el proceso de toma de decisiones, en los problemas de salud que generan pérdida de calidad de vida y de autonomía personal en cualquiera de las áreas.

Si la planificación sanitaria estableciese una utilización homogénea en todos los territorios sería, sin duda, una ayuda importante para los profesionales.

CONCLUSIONES

Los beneficios de un sistema sanitario como el español, con una amplia cartera de recursos y servicios, y cobertura universal, son hoy reconocidos por todos.

La necesidad de desarrollar fórmulas de atención, que optimicen los recursos maximizando su eficacia, ha conducido al desarrollo en Cataluña de una red asistencial específica: la red sociosanitaria.

El desarrollo de esta red asistencial, a lo largo de los últimos 18 años, permite analizar su función desde una perspectiva global, pero también desde el análisis de la perspectiva de la rehabilitación.

Los datos publicados muestran el importante volumen de actividad asistencial de la red y específicamente de sus unidades más rehabilitadoras, las de media estancia o convalecencia.

No se cuestiona que la rehabilitación sea una herramienta eficaz como instrumento de contención de la dependencia, si bien un aspecto todavía mejorable puede ser la calidad del proceso técnico al que en ocasiones se puede tener acceso, tal vez debería cuestionarse la falta de control y de protocolización de las intervenciones en muchos procesos asistenciales.

Las características del programa sociosanitario implican desarrollar sistemas ágiles de coordinación entre los diferentes niveles asistenciales para que cualquier persona que lo precise tenga acceso a todas las prestaciones del sistema sanitario (y también social) que sean necesarias para poder proporcionarle el nivel de cuidados completo y correcto. Sólo así el análisis coste-beneficio que se realice será real.

BIBLIOGRAFÍA

1. García-Altés A. El análisis coste-beneficio "generalizado" de las intervenciones sanitarias. *Humanitas, humanidades médicas* 2003;1:203-8.
2. www.sisan.info.
3. Censo Población 2001 para Cataluña. Barcelona: INE, 2001.
4. Salvà-Casanovas A, LLevado D, Miró M, Vilalta M, Rovira JC. La atención geriátrica. Uno de los grandes ejes de la atención sociosanitaria en Cataluña. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2004;39:101-8.
5. Memoria Catsalut 2002; p. 32-3.
6. Mirallas Martínez JA, Tomas Claramonte J, Torralba Colados F, Albalade Rubió M, Jorda Llona M, Catalan Esparader MJ. Procesos más frecuentes y perfil clínico de los pacientes atendidos en un servicio de rehabilitación. *Rehabilitación (Madr)* 2002;36:78-85.
7. Lorenzo S. Coordinación social y sanitaria en la asistencia a los ancianos: ojo, que la mayoría llegaremos. *Rev Calidad Asistencial* 2001;16:8-9.
8. Torres A, Lledo R. La coordinación entre niveles asistenciales. *Rev Calidad Asistencial* 2001;16:232-3.
9. Twersky JL, Hoenig HM. Rehabilitación en Geriatrics Review Syllabus. 4.^a ed. American Geriatrics Society, 2001; p. 24-35.
10. Díez Nicolás J. Opinión pública: dependencia y discapacidad. En: Sánchez Fierro J, editor. Libro verde sobre la dependencia en España. Madrid: Ergón, 2004.
11. Bernabei R, Landi F, Gambassi G, Sgadari A, Mor V, Rubenstein L, et al. Los ancianos de hoy son menos dependientes que sus predecesores. *Gestión Clínica y Sanitaria* 2002;12:54.
12. Cutler D. La provisión integrada de servicios sanitarios y sociales a los ancianos es coste-efectiva. *Gestión Clínica y Sanitaria* 2002;12:48.
13. García C, Roigé T, Elías T, Viñas P. Utilidad de un instrumento de valoración gerontológico multidisciplinar en la asignación de recursos sociosanitarios. *Aten Primaria* 1997;20:506-10.
14. López Martínez I, Asacando Menéndez ML, Suárez García JC, López Llano ML, Aréchaga Fernández C, Peláez Balsa JL, et al. Integración social de pacientes a los que se ha practicado una intervención de Girdlestone tras una artroplastía de cadera previa. *Rehabilitación (Madr)* 1995;29:243-7.
15. Camprubí J. Marketing de Servicios Sanitarios: tendencias, oportunidades y problemas. *Gestión Hospitalaria* 1992;3:33-6.
16. Abenoza Guardiola M, y Grupo de Trabajo. Escalas de valoración funcional, instrumentos para medir nuestro producto sanitario. *Rehabilitación (Madr)* 2000;34:102-11.
17. García-Altés A, Martínez F, Carrillo E, Peiró S. Sistemas de clasificación de pacientes en centros de media y larga estancia: evolución y perspectivas de futuro. *Gac Sanit* 2000;14:48-57.
18. Calvo López L, Gómez Fernández JR, Gómez I, Mateo R, Rubio MJ, Salinas Bujan MP. Conjunto mínimo básico de datos sociosanitarios. *Rev Administr Sanit* 1999;3:95-107.
19. Barea J. Aspectos económicos del fenómeno de la dependencia. En: Sánchez Fierro J, editor. Libro verde sobre la dependencia en España. Madrid: Ergón, 2004; p. 207-13.
20. Montserrat J, Roigé P, Gómez X, Fontanals MD, Rabadá T, Campillo M, Via JM. Modelo de comportamiento de los costes del sector de atención a enfermos crónicos. *Rev Gerontol* 1992;2:18-23.
21. Martínez Zahonero JL, Garrido P, Perió S, García-Altés A, Carrillo Ridaó E, Martínez F. Impacto de la medición de la casuística en la evaluación de la eficiencia técnica de los centros sociosanitarios. *Rev Mult Gerontol* 1999;9:80-93.
22. Tilquin Ch, Saiz E, Carrillo E. Monitorización de la dependencia y asignación de recursos en centros sociosanitarios y hospitales de larga estancia. *Rev Gerontol* 1992;2:8-17.
23. Climent JM, Badia X. La medición del estado de salud en rehabilitación. ¿Capacidad funcional o calidad de vida? *Rehabilitación (Madr)* 1998;32:291-4.
24. Ortún V. 30.000 Euros por AVAC. *Economía y Salud* 2004;49:1-2.
25. Costa J, Pigem M. Análisis coste-beneficio. Disponible en: http://www.atheneum.doyma.es/socios/sala_1/lec05_gest.htm

Correspondencia:

M.C. García Ameijeiras
 Servicio de Rehabilitación. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona
 Correo electrónico: maicagarciaamei@telefonica.net