



# medicina general y de familia

edición digital

[www.elsevier.es/mgyf](http://www.elsevier.es/mgyf)



## Original

# Gastos sanitarios y sociales asociados a la situación de gran dependencia

José Manuel Jiménez Rodríguez<sup>a</sup> y Mohamed Farouk Allam<sup>b,\*</sup>

<sup>a</sup> Distrito Sanitario Córdoba y Guadalquivir, Córdoba, España

<sup>b</sup> Distrito Sanitario Córdoba Sur, Córdoba, España

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 23 de septiembre de 2014

Aceptado el 19 de enero de 2015

On-line el 7 de septiembre de 2015

#### Palabras clave:

Gasto sanitario

Gran dependencia

Recursos sociosanitarios

### R E S U M E N

**Objetivo:** Determinar el coste económico derivado de la utilización y/o uso de recursos socio-sanitarios por pacientes mayores y/o discapacitados en situación de gran dependencia.

**Diseño:** Estudio descriptivo observacional de cohorte cuantitativa. **Emplazamiento:** enclave rural de la subbética cordobesa. **Población y muestra:** grandes dependientes reconocidos en 2010 que continuaban vivos el 31 de diciembre de 2010. Se toma como referencia el universo muestral. **Intervenciones:** selección de la muestra y variables del estudio; análisis e interpretación de variables.

**Resultados:** Se incluyeron 78 personas. Edad media, 74,9 años (DE 9,3; rango 12-98). Todos fueron españoles y más del 60% fueron mujeres (47 mujeres y 31 hombres). El 28% eran viudos y el 24% casados. La media de consultas médicas, de enfermería, de gestoras de casos y de trabajadores sociales fue de 22 (DE 14,6), 8,3 (DE 6,7), 0,9 (DE 1,4) y 0,60 (DE 1,2), respectivamente. La media de urgencias en atención primaria fue de 4,7 (DE 10,9) y la de hospitalarias, de 1,2 (DE 2,1), con una media de 2,1 (DE 3,4) de derivaciones programadas a especialidades. Los gastos anuales directos de farmacia y de hospital fueron 1.646,01 euros/paciente. Los gastos anuales indirectos fueron 1.728,80 euros/paciente.

**Conclusiones:** La gran dependencia ocasiona un coste sociosanitario elevado al que el paciente no puede hacer frente. Un factor clave de éxito sanitario partirá de la mejor planificación de recursos sociosanitarios y la mayor intervención de las administraciones públicas del Estado.

© 2015 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [fm2faahm@uco.es](mailto:fm2faahm@uco.es) (M. Farouk Allam).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.mgyf.2015.08.001>

1889-5433/© 2015 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Healthcare and social expenditures associated to a high dependence situation

### A B S T R A C T

#### Keywords:

Health expenditure  
Great dependency  
Social and health resources

**Objective:** To assess economic costs stemming from the use of social and health resources by older or disabled patients in a great dependency situation.

**Design:** Descriptive, observational, quantitative cohort study. **Location:** Rural setting in the Córdoba Sub-Baetic range. **Population and sample sizes:** Great dependents recognized in 2010 who were alive by 31st December 2010. Sample universe is taken as a reference. **Interventions:** Selection of the sample and variables in the study; analysis and variable interpretation.

**Results:** A total of 78 participants were included. The average age was 74.9 (SD 9.3; range 12-98). All were Spanish and over 60% were women (47 women and 31 men). 28% were widowed and 24% married. The average number of consultations by physicians, nurses, case managers and social workers was of 22 (SD 14.6), 8.3 (SD 6.7), 0.9 (SD 1.4) y 0.60 (SD 1.2), respectively. The average number of emergency attention in primary care settings was of 4.7 (SD 10.9) and 1.2 (SD 2.1) in hospitals, averaging 2.1 (SD 3.4) scheduled referrals to specialists. Direct annual expenditures for pharmacy and hospital were of €1,545.01 per patient. The annual indirect costs were of €1,728.80 per patient.

**Conclusions:** Great dependency leads to high social and health costs that the patients cannot cover. A key factor of healthcare success will consist of a better planning of social and health resources and a greater intervention of public administrations.

© 2015 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Introducción

España, igual que otros países de la Unión Europea (UE), ha experimentado cambios importantes a lo largo de los últimos decenios en términos sociodemográficos; cambios que han afectado directamente e indirectamente a la política social y sanitaria, así como a su forma de entender las necesidades sociales y las prestaciones asistenciales, entre otras.

Parte de estos cambios sientan su base en nuestro «estado de bienestar» o, como apuntan algunos autores, en el «estado social o socialdemócrata»; este pilar es fundamental y eje central en el que nos apoyamos a la hora de hablar de políticas de igualdad y derechos sociales, como son, entre otros, el derecho a una sanidad pública y gratuita (art. 50 de la Constitución Española)<sup>1</sup>. De igual modo, el «estado del bienestar» al que nos referimos hace patente la necesidad de promover y mantener una red asistencial de apoyo social y sanitario que actúe como colchón protector y contribuya a la sostenibilidad socioeconómica y sanitaria de la comunidad, evitando con ello el favorecimiento de la pauperización<sup>2,3</sup>.

Los avances técnicos y tecnológicos, los adelantos de la medicina y la investigación, la farmacología y los nuevos estilos de vida han ocasionado un mayor bienestar y una mejor calidad de vida en las personas; ello da lugar a una mayor longevidad y a un envejecimiento sin precedente. En otro sentido, esto ha dado origen a la aparición de nuevas enfermedades y/o patologías desconocidas o no investigadas para la medicina y el campo de la salud<sup>4</sup>. Sea como fuere, dicha tendencia lleva aparejada una mayor visualización de personas con edad superior a los 65 años, por un lado, así como el descenso de la natalidad en los hogares y las familias extensas, por otro.

Como consecuencia de todos estos factores (medicina, farmacología y sistema de salud actual) influyentes en los procesos asistenciales de salud y enfermedad de las personas, la pirámide de población ha experimentado un notable cambio y queda de manera invertida. Todo ello tiene como resultado la actual situación de dependencia por la que muchos individuos y familias se ven afectados: pacientes con enfermedades crónicas y/o degenerativas, que producen en quien las padece situaciones y/o estados de déficit y descompensación biopsicosocial.

Dicha situación ha originado en el engranaje del «estado del bienestar» la vertebración de un cuarto pilar sobre el que descansa la dependencia y que va a servir de guía a las políticas redistributivas e igualitarias<sup>5</sup>; estas, en un intento de solventar desajustes socioeconómicos y familiares, ponen en marcha un sistema de protección social basado en la ayuda al enfermo y la familia, mediante aportaciones económicas o asistencia social domiciliaria, para personas enfermas y discapacitadas<sup>6</sup>.

Las limitaciones funcionales, la dificultad para el desarrollo de las actividades de la vida diaria, la falta de recursos económicos y/o humanos, hacen que muchas de estas personas dependientes vivan su situación de un modo estresante y carente de los medios necesarios para el mejor desarrollo, integración e inclusión social. Asimismo, dicha situación revierte sobremanera el sistema de protección social (pensiones y prestaciones, sanidad y servicios sociales), para lo cual los poderes públicos se han visto obligados a paliar y minimizar las carencias con las que cuenta el sistema<sup>7</sup>.

En 2007 España (a imagen de otros países de la UE) implanta como medida correctora la ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, o como comúnmente se la

conoce, «ley de la dependencia». Con ella se pretende regularizar desajustes que han venido produciéndose a lo largo de años y que afectaban tanto al que los padece como a los cuidadores y la propia administración pública, esta última obligada a dar el tratamiento necesario que dicha cuestión suscita en el régimen del bienestar en el ámbito tanto español como europeo<sup>8</sup>.

Desde que esta ley se ha puesto en marcha, quedando recogido en el articulado su catálogo de prestaciones, el consumo de recursos sociales y sanitarios se ha visto incrementado y desbordado. Atendiendo al sistema sanitario español, y por defecto el andaluz, por ser el que nos toca de lleno, el número de avisos y visitas domiciliarias, de consultas médicas, de enfermería y de trabajo social, el número de informes médicos y enfermería, así como las derivaciones, han incrementado su proporción. Ahora son más las personas dependientes que quieren beneficiarse de las prestaciones que su situación lleva aparejadas y se convierten en grandes consumidores de recursos sociosanitarios y de tiempo libre del cuidador<sup>9</sup>. Por su parte, los cuidadores informales pasan a formar parte de los activos de salud y se transforman en agentes de cambio de estos dependientes, pues actúan en aras a la contención de situaciones de necesidad y dependencia de larga duración, con las repercusiones que los cuidados y la sobrecarga familiar pueda tener sobre las capacidades físicas y psicológicas de los que cuidan<sup>10</sup>.

Los recursos públicos sanitarios se están viendo dañados, entre otros motivos, por la hiperfrecuentación; aun siendo estos un recurso universal, pueden verse colapsados y generar desigualdades sociales y sanitarias<sup>11</sup>.

El objetivo de este estudio es determinar el coste económico derivado de la utilización y/o uso de recursos sociosanitarios por pacientes mayores y/o discapacitados en situación de gran dependencia.

## Sujetos y métodos

Se trata de un estudio descriptivo observacional de cohorte cuantitativa dirigido a ancianos y discapacitados grandes dependientes (grado III, niveles 1 y 2) reconocidos en 2010, que continuaban vivos el 31 de diciembre de 2010. Para ello hemos tomado como referencia el modelo biopsicosocial basándonos en un paradigma positivista.

Se estableció un perfil concreto y ajustado con el que cuentan los individuos que padecen gran dependencia en la zona básica de salud (ZBS) de Rute, un enclave rural de la subbética cordobesa.

La ZBS de Rute cuenta con una población de 10.563 habitantes, de los que el 20,99% son mayores de 65 años. Se toma como referencia el universo muestral con todas las personas ancianas y discapacitadas grandes dependientes (grado III, niveles 1 y 2) reconocidas en 2010 que continuaban vivas el 31 de diciembre de 2010.

Se recogieron de cada gran dependiente los datos sociodemográficos y económicos: gasto farmacéutico, ortoprotésico y social, como el indirecto derivado de la atención en consulta de atención primaria (AP) del personal facultativo, enfermería y trabajo social.

Las técnicas e instrumentos utilizados en dicha investigación están basados en el análisis primario de datos. Para la recogida, análisis e interpretación de los datos obtenidos hemos empleado como herramientas de trabajo los siguientes instrumentos:

- Programa informatizado del Servicio Andaluz de Salud (Diraya: Historia Única).
- BDU del Servicio Andaluz de Salud (Base de Datos de Usuario).
- Programa Sistema Informático de Usuarios de Servicios Sociales (SIUSS) del Instituto Provincial de Bienestar Social (IPBS) de la Diputación de Córdoba.
- Programa Informático del Instituto Nacional de Seguridad Social.
- Programa informático Excel 2007.

Una vez elaborado el diseño de investigación y las líneas estratégicas, así como definido el número real de usuario/pacientes grandes dependientes incluidos en el estudio, se ha dado paso a la recogida de datos en formato Excel. Para ello hemos contado con el consentimiento y aprobación del Distrito Sanitario Córdoba Sur. Asimismo, hemos contado con el apoyo del personal facultativo, la enfermería gestora de casos y la unidad de trabajador social, quienes se han prestado a colaborar a través de la facilitación de datos y el recuento de dependientes a fecha de 1 enero de 2010 a 31 de diciembre de 2010. Del mismo modo, nos han facilitado las claves de acceso al programa informático de salud Diraya y BDU.

De esta manera se puede decir que para la recogida de datos no ha sido necesaria ni la participación ni el contacto directo con los usuarios/pacientes, como tampoco se ha necesitado su aprobación o consentimiento, por mantener la privacidad y el anonimato de los mismos; para ello se han respetado los preceptos que marca la ley de protección de datos de carácter personal, la ley de autonomía del paciente y el código deontológico.

Los datos recogidos fueron analizados estadísticamente mediante el programa EPIDAT versión 3.1.

## Resultados

Del estudio realizado en el municipio de Rute (Córdoba, España) se encontraron 78 personas en situación de gran dependencia, que representan menos del 0,74% de los habitantes de este municipio. La edad media de las 78 personas incluidas en nuestro estudio fue 74,9 años (DE 19,3; rango 12-98). Todos fueron españoles, y más de 60% mujeres (47 mujeres y 31 hombres). El 28% eran viudos y el 24%, casados.

Las patologías más frecuentes fueron demencia senil (20%) y enfermedad de Alzheimer (18%).

La utilización de recursos públicos sanitarios en AP, así como en urgencias y en el ámbito hospitalario, se resume en las tablas 1 y 2. El coste medio sanitario fue de 157,42 euros al mes y el coste medio social de 579,25 euros al mes. El total del coste medio sociosanitario por persona y mes para 2010 fue de 736,67 euros. Ello representa un coste total de 689.532,12 euros para ese mismo año. Los gastos anuales directos de farmacia y de hospital fueron de 1.646,01 euros por paciente. Por su parte,

**Tabla 1 – Utilización de recursos públicos sanitarios por grandes dependientes en atención primaria (AP)**

Consulta AP	Media	Desviación típica	Rango
Consulta médica de AP	22	14,6	0-61
Vista domiciliar de médico de AP	0,6	1,7	0-9
Consulta de enfermería de AP	8,3	6,7	0-27
Vista domiciliar de enfermería de AP	8,5	21,9	0-159
Consulta de enfermera gestora de casos	0,9	1,4	0-9
Vista domiciliar de enfermera gestora de casos	1	1,2	0-6
Consulta de trabajador social de AP	0,6	1,2	0-7
Vista domiciliar de trabajador social de AP	0,9	0,3	0-2

**Tabla 2 – Utilización de recursos públicos sanitarios por grandes dependientes en Urgencias de atención primaria y atención hospitalaria**

	Media	Desviación Típica	Rango
Urgencias de atención primaria	4,7	10,6	0-70
Urgencias del Hospital Infanta Margarita - Cabra	1,2	2,1	0-11
Derivaciones hospitalarias programadas	2,1	3,4	0-25

los gastos anuales indirectos derivados de la atención en consulta de AP fueron de 1.728,80 euros por paciente. Esto supone un gasto anual total (directo e indirecto) de 3.374,81 euros por paciente. El coste mensual por paciente fue de 278,98 euros.

## Comentario

La población de España se duplicó a lo largo del siglo xx como consecuencia de la explosión demográfica espectacular en la década de 1960 y principios de la de 1970. Después de ese tiempo, la tasa de natalidad cayó durante la década de 1980 y la población de España se estabilizó. La esperanza media de vida en España estimada en 2006 era de 79,65 años<sup>12</sup>. Es cada vez más fácil encontrarnos con sociedades modernas en las que el perfil poblacional lo constituyen mayoritariamente personas longevas. Se trata de sociedades envejecidas (clases pasivas) consumidoras de prestaciones y recursos sociales, con aportaciones y contribuciones al sistema sanitario y de seguridad social escasas, por no decir nulas<sup>13</sup>. Ello está generando un colapso sanitario, así como que otras administraciones públicas se vean desbordadas por una situación en que las necesidades sociosanitarias superan las expectativas de la política social y de igualdad, así como sus presupuestos generales.

Con este trabajo nos planteamos hacer un análisis por menorizado sobre el uso de los servicios sanitarios generado por la gran dependencia en el municipio de Rute, así como hacer reflexionar sobre qué medidas deben ser las más adecuadas para paliar dicha situación. A partir de ello, así como de los resultados obtenidos de dicha investigación, podemos decir que son mayoritariamente los facultativos y los enfermeros comunitarios de AP quienes, a través de la atención directa y la visita domiciliar, soportan el peso de la gestión de la situación de este colectivo, mayoritariamente femenino y mayor de 65 años<sup>14</sup>. En conjunto realizan una labor de contención y mantenimiento del paciente en su domicilio o entorno habitual, evitan ingresos hospitalarios innecesarios, lo que se traduce en un reducido número de derivaciones hospitalarias programadas, la mitad si se compara con la atención de urgencias en AP. De igual modo, si tenemos en cuenta el volumen de

consultas y avisos domiciliarios por parte de los profesionales hacia este tipo de pacientes, las derivaciones y urgencias cargadas al hospital no superan 3,3 de media.

Ello hace que sea el equipo interdisciplinar de AP el que da solución con los recursos existentes a las exigencias dimanadas de los grandes dependientes y sus familiares y/o cuidadores.

La situación de dependencia en general y de gran dependencia en particular lleva aparejada un déficit socioeconómico importante, en tanto se trata de personas que están a merced de otra para todas las actividades de la vida diaria y requieren de la protección social de la administración pública; esta, a través del diseño de estrategias y políticas públicas, debe dar respuesta a las necesidades de estas personas<sup>15-17</sup>.

En conclusión, la gran dependencia ocasiona un consumo elevado de consultas médicas y de enfermería, por lo que es un factor clave en la planificación de recursos sanitarios, pues con ello se evita el colapso sanitario y se garantiza la sostenibilidad del sistema público de salud sin que se vean dañados los intereses de los más interesados, los pacientes.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Secretaría General del Senado. Constitución Española. 5.ª ed Madrid: Biblioteca Nueva; 2010.
2. Cohen MA, Méndez LH. La sociedad del riesgo: amenaza y promesa. *Sociológica*. 2000;15:173-201.
3. Sotelo I. El estado social: antecedentes, origen, desarrollo y declive. Madrid: Fundación Alfonso Martín Escudero, Editorial Trotta; 2010.
4. Bertrand G, Hiernaux D, Lindon A. Tratado de geografía humana. Barcelona: Anthropos; 2006.
5. Beltrán M. Burguesía y liberalismo en la España del siglo xxi. Granada: Universidad de Granada; 2010.

6. III Plan Andaluz de Salud 2003-2008. Convergencias. Plan de apoyo a la familia. Línea prioritaria de actuación 4 y siguiente. Sevilla: Junta de Andalucía; 2003. p. 83-109.
7. Garcés J, Ródenas F, Sanjosé V. Towards a new welfare state: The social sustainability principle and health care strategies. *Health Policy*. 2003;65:201-15.
8. Arriba A, Moreno FJ. El tratamiento de la dependencia en los regímenes de bienestar europeo contemporáneos. Colección estudios. Serie dependencia. Madrid: Secretaría General de Política Social y Consumo. IMSERSO; 2009.
9. Durán MA. Los costes invisibles de la enfermedad. 2.ª ed Madrid: Fundación BBVA; 2003.
10. Zarit S, Leitsch S. Applications of personal control. En: Zarit SH, Pearlin LI, Schaie KW, editores. *Personal Control in Social and Life Course Contexts*. New York: Springer; 2002. p. 281-300.
11. Comisión sobre determinantes sociales en salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales en salud. Organización Mundial de la Salud [consultado 20 Abr 2014]. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701\\_spa.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf?ua=1)
12. Instituto Nacional de Estadística de España [consultado 20 Abr 2014]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxiBD/menu.do?L=0&divi=IDB&his=0&type=db>
13. Sosvilla-Rivero S. Políticas de atención de larga duración: tercera edad y dependencia. En: *El Estado de Bienestar ante los nuevos riesgos sociales*. Economía Gerizan. Bilbao: Federación de Cajas de Ahorros Vasco-Navarras; 2007. p. 169-78.
14. Rodríguez G, Montserrat J. Modelos de atención sociosanitaria: una aproximación a los costes de la dependencia. Madrid: IMSERSO. Observatorio de personas mayores; 2002.
15. Gómez M, Hernández J, Martínez EV, Sorvilla-Rivero S. La atención a la dependencia: estimaciones del gasto presupuestario y de sus efectos macroeconómicos, 66. Instituto de Estudios Fiscales. Secretaria de Estado de Presupuestos y Gastos; 2012. p. 127-48.
16. Braña FJ. La dependencia de los mayores en España. Una estimación de los costes de un seguro público de dependencia. ICEA. *Documentación de Previsión Social*; 2004.
17. Montserrat J. Evaluación económica del SAAD [mimeo], 2011.