

¿ COMPROBAMOS SI ATENDEMOS CON EQUIDAD A LOS ENFERMOS DE ALZHEIMER (E.A.) EN EL AREA DE SALUD?

Autores: Atance Martínez, J.C.; Yusta Izquierdo, A. *
Grupeli Gardel, B.E.*; Olivar García, M.; Delgado Delgado, P.
Puyana Cerpa, C.; Rodriguez Miranda, M.

Complejo Sociosanitario Hospital Provincial de Guadalajara.

*Hospital Universitario SESCAM Guadalajara.

INTRODUCCIÓN:

De entre los diferentes ámbitos conceptuales para definir la equidad seleccionamos el preconizado por D. Gracia por el que así se refería a la provisión de servicios que otorga a cada uno (persona/individuo) una proporción acorde a su nivel de necesidad. Frente a este, otras como el principio generalista de Bentham, "la mayoría", o el universalista de Kant "de todos y cada uno" que no consideramos acordes para el estudio.

HIPÓTESIS CONCEPTUAL:

Diseñamos un estudio observacional para conocer si la Asistencia Sociosanitaria a los E.A. en el Area de Salud, se hace acorde al criterio de equidad seleccionado, de forma que la variable que modifique esos parámetros sea el nivel de deterioro de los pacientes, considerando este como un marcador del nivel de necesidad/dependencia.

Entre los test utilizados para este fin se acepta que tanto Minimental-test como escala de Blessed puedan ser idóneos, aunque evidentemente hay otros.

A priori el resto de variables de las incluidas en el estudio excepto la anterior (deterioro) deberían influir escasamente en el resultado.

OBJETIVOS:

1).- Estudiar los Servicios Asistenciales y Sociales recibidos por los E.A. en el Area de Salud, según las variables: edad; sexo; nivel de deterioro y comorbilidad asociada a la E.A.

2).- Analizar los costes totales y costes medios para cada variable a estudio.

3).- Estudiar la proporción de gasto producido por actividades asistenciales (sanitarias) y sociales.

MATERIAL Y MÉTODO:

La selección de los pacientes (E.A.) en el ámbito de atención especializada (AE) se hizo de aquellos enfermos que así estaban diagnosticados por neurólogos o geriatras, pretendiendo de este modo asegurar la utilización de criterios diagnósticos homogéneos. Los casos estudiados en el ámbito de atención primaria (A.P.) también debería cumplir este requisito, y del mismo modo los enfermos ingresados en residencias del Area de Salud.

En todos los casos se evaluaron las siguientes variables: edad; sexo; confirmación diagnóstica; comorbilidad asociada; grado de deterioro mediante escala Blessed / minimental-test; servicios asistenciales y/o sociales recibidos y el coste directo en el que se incurría por cada paciente.

Para los diferentes estudios estadísticos se utilizó como significación del error tipo I, $p < 0,05$; realizando estos análisis mediante estadísticas descriptivas, análisis de medias y la parametricidad con Kolmogorof-Smirnof. A posteriori se utilizarán test paramétricos y no paramétricos, según se cumpliera o no esa condición por las variables estudiadas (t-test; Chi cuadrado; Anova, Kruskal-Wallis; Mann-Whitner). Los paquetes estadísticos utilizados fueron SPSS v.6 y Epiinfo v.6, además de EXCEL de Office-98.

El periodo de estudio fue de mayo 2000 hasta abril 2003 y todos los casos fueron prevalentes, que en el caso de las residencias se seleccionaron de los presentes en el periodo de estudio, mientras que en

los provenientes de atención primaria y especializada la selección fue de entre los asistentes a consulta en ese periodo.

El coste de los procesos en el caso del hospital, se obtuvo del sistema de información de gestión económica y la cuantificación específica, cuando fue necesaria, de acuerdo al vaciado de datos de las Historias Clínicas de cada paciente, y los datos de la contabilidad analítica.

En el caso de atención primaria (AP) se proporcionó información económica de los costes de consultas médicas y de enfermería desde la Dirección de Gestión y Servicios Generales y en lo correspondiente a farmacia y otros servicios, mediante vaciado de datos de la Historia Clínica de cada paciente utilizando una base de datos convencional.

El coste de farmacia se calculó según el precio de venta de los productos utilizados, bien precio venta al público y/o a la institución, según los casos de los que se tratara.

El coste del transporte sanitario se obtuvo según la factura del servicio al organismo correspondiente. De otra parte el coste de las pensiones de invalidez estudiadas se obtuvo directamente del INSS previa autorización.

En relación al coste de las residencias estudiadas, este se conoció por los responsables administrativos de estos establecimientos que nos los proporcionaron.

RESULTADOS:

Estudiamos 337 pacientes distribuidos en 91 de la consulta externa de Neurología (NRL) y Geriátrica (GER); 64 de AP y 182 residenciales.

En los casos estudiados de A. Especializada, la proporción por sexo fue 3 a 1 mujeres/varones sin diferencia significativa ($p = 0'68$); 76% mujeres, 24% varones. La edad media fue 73'2 años (IC 95% 68-80 años) y sin diferencia significativa por sexo ($p = 0'63$) aunque fue mayor en las mujeres. Según el grado tampoco hubo significación con mayor proporción de pacientes con grado I (78'02%) que grado II (21'97%).

El perfil general de estudio de los pacientes atendidos en el Hospital Universitario aparece en la tabla 1, la comorbilidad asociada media fue 1'74 procesos asociados (IC 95% 1'56 a 2'34) y con significación estadística $p = 0'023$ en la relación por sexos (2'34 en varones y 1'36 en mujeres), pero no según el grado de deterioro ($p = 0'882$) si bien se

asoció más comorbilidad al grado II (1'72 grado I, frente a 1'81 en grado II). La distribución por frecuencias de estas patologías asociadas fue mas prolija siendo más frecuentes, diabetes mellitus, hipertensión arterial, cataratas, hipoacusia, hipercolesterolemia y accidentes cerebrovasculares entre otros.

En cuanto a los tratamientos prescritos, la media de productos farmacéuticos por paciente fue 3'06 fármacos/paciente sin diferencias significativas por sexo. Comparativamente por grado de deterioro hubo significación ($p=0.044$), entre el grado I y el III, pero no así con el grado II. Estos productos incluían principios activos específicos de E.A. y otros adecuados a la comorbilidad asociada (antihipertensivos; antidiabéticos, etc.).

El coste asistencial medio, en régimen ambulatorio, en **atención especializada** ascendía a 1.134 € paciente/año e incluía primera consulta y sucesivas (media 3'57) exploración física y complementarias: EEG; ECG; Radiología; Laboratorio e Interconsultas. Solo en algunos casos se produjo ingreso del paciente con fines diagnósticos con $p < 0'05$ en relación al grado de deterioro (79'4% en grado I y 20'6% en grado II) y también en relación al sexo 82'70% en mujeres frente a 17'33% en varones. El coste medio de los ingresos fue de 2.779 € con una estancia media de 9'21 días y una tasa de ingreso total en los tres años de estudio de 1'25 tanto por el proceso principal E.A. y/o comorbilidad asociada en cada caso, mientras que específicamente por E.A. este valor descendió a 0'58/3 años.

Conocida la significación estadística por sexo y grado de deterioro en términos globales, analizamos los costes medios en cada variable a estudio con los estadísticos correspondientes a la parametricidad o no de las variables y obtuvimos los resultados expuestos en las tablas 2 y 3.

Para los resultados obtenidos en los pacientes estudiados desde **atención primaria** no hubo diferencias significativas en relación a los obtenidos en especializada, según la distribución por sexo, edad media, grado de deterioro y la comorbilidad asociada.

El perfil asistencial de estos pacientes incluía Historia Clínica y exploración física y complementaria (laboratorio y Minimental-test),prescripciones farmacéuticas y tramitación de otras prestaciones (transporte sanitario, interconsultas y/o procesos de incapacidad),tabla 1.

Asimismo la media de consultas oscilaba entre 1 y 2 consultas médicas al mes, lo que llevaba a una media de 18 consultas médicas por

paciente y año y un coste medio de 221 € que se afectaba sobre todo de que fuesen en el Centro de Salud o en domicilio. Además se consumieron entre 2-3 consultas de enfermería al mes por paciente con una media anual de 28 y un coste medio de 351 € con la misma consideración que antes.

Asimismo la prestación farmacéutica osciló entre 2 y 4 productos farmacéuticos por paciente y un importe entre 889 € y 1.388 € por paciente y año.

Así pues el coste medio global fue de 1681 € paciente/año sin significación estadística por edad, sexo, ni grado de deterioro, y distribuido porcentualmente como sigue: 53,53% farmacia; 20,88% consultas de enfermería y 13,14% consultas médicas.

Para el coste de otras prestaciones se estudió el **transporte sanitario** cuyo valor medio fue 532 € paciente/año y con diferencia significativa, ($p = 0,028$) según el grado de deterioro y no en el resto de las variables : (267 € media de grado I frente a 1.343 € media de grado II).

En el **coste social** por prestaciones de invalidez, se evaluaron solamente 2 casos con prestación económica media anual de 6.456 €. Ambos casos fueron considerados invalidez permanente en grado de Absoluta para todo tipo de trabajo.

De los pacientes estudiados, que se encontraron a lo largo del tiempo de estudio en **dispositivos residenciales**, los resultados se exponen seguidamente. Seleccionamos al azar dos residencias del Area de Salud de Guadalajara que denominaremos A y B respectivamente. La residencia A aportó 126 pacientes del estudio con una distribución de 83,33% mujeres frente al 16,66% de varones y por tanto con una relación de 5 mujeres por cada 1 varón. Junto a esto la edad media global fue 81 años (IC 95% 71-90 años).

El coste medio facturado por paciente/mes ascendía a 1.172 € si el paciente era privado, pero si el coste era compartido con entidad pública se incrementaba en 100 € mensuales, ascendiendo en esta caso a 1.272 €. Anualmente pues la facturación media por paciente y año era entre 14.064 € y 15.264 € respectivamente.

No pudimos obtener datos fiables sobre el grado de deterioro de los pacientes.

De la residencia B se aportaron 56 pacientes al estudio. Su distribución fue similar a la anterior en relación al sexo, 80'35% mujeres y 19'64% varones y también fue similar la edad media global 82 años y con rangos así mismo muy próximos.

Por grado de deterioro se distribuyeron los pacientes así : 29 casos (51'78%) grado III; 20 casos (35'51%) grado II y 7 casos (12'50%) grado I.

El coste medio facturado por paciente y mes fue de 1.525 €, lo que suponía un importe anual de 18.300 € paciente/año. A este importe habría que sumar, en este caso, el coste de farmacia que pudo diferenciarse. Así obtuvimos que la media de productos farmacéuticos variaba correlativamente con el deterioro (Pearson = 0'58).

Los datos se exponen en la tabla IV

Esta comparación de medias de productos utilizado por cada grupo de pacientes aportó diferencias significativas (p = 0'041).

En relación al coste medio por paciente y año por este consumo farmacéutico también fue significativo, (p = 0'031) y se exponen los resultados en la tabla IV

DISCUSIÓN:

Con estos datos obtenidos podemos aportar que el 16'67% de los costes corresponden a Asistencia Sanitaria (9'22% a consultas y 7'44% a farmacia) mientras que el 83'33% depende del ámbito social (30'25% son prestaciones sociales, transporte e invalides y 53'08% de las residencias).

Los datos económicos obtenidos, están en línea con otros publicados, si bien es discutible sin son equiparables por no haber seguido un método similar de estudio.

En relación al ámbito del estudio, podemos proponer que la no existencia de significación estadística entre las variables estudiadas a excepción de aquellas relacionadas con el deterioro de los pacientes, sugiere fuertemente una correcta actuación profesional en términos de equidad, ya que es explicable las diferencias obtenidas por sexo simplemente por la distribución de los casos.

A este respecto anterior es interesante reconocer que en el ámbito del protocolo asistencial de los dos niveles asistenciales, primaria, especializada, no hubiera significación más que en las interconsultas y transporte sanitario, mientras que en la residencia se presentaba en farmacia y en todos los casos en relación al deterioro.

Por otra parte es sugerente que la mayor proporción de gastos sea imputable al ámbito social y no al sanitario, lo que haría proponer el diseño de unidades asistenciales sociosanitarias más económicas y que además permita compatibilizar el mantenimiento de los pacientes en su propio medio junto con la actividad sociolaboral de los cuidadores; así como que los dispositivos asistenciales presenten alternativas de precios en función de los grados de dependencia de los pacientes e incluso regular el mercado cuando de los conciertos con entidades públicas se trata.

En otro orden es interesante observar que los pacientes que se atienden desde el ámbito de intervención de A.primaria y especializada sean todos calificados de grado I/ II, pero ninguno de grado III, mientras que es grupo representaba un buen porcentaje de la población estudiada en residencias, así como que en estos dispositivos estuviesen los pacientes de edades más avanzadas, lo que puede sugerir hipótesis de utilización de dispositivos diferentes según el grado de deterioro, y eventualmente que esto pueda tener relación con la esperanza media de vida desde el diagnóstico.

BIBLIOGRAFIA:

- 1- Gracia D., : "Ética de la eficiencia". En : Amor JR, Ferrando J, Ruiz J. editores. *Ética y Gestión Sanitaria*. Fundación Sanitas. Comillas 2000.
- 2- Duran A.: "Los Costes invisibles de la enfermedad". Madrid ; Fundación BBV. Universidad Complutense, 2000.
- 3- Casado Marín D.:" Los efectos del envejecimiento demográfico sobre el gasto sanitario: mitos y realidades". *Gac Sanit.*2000;15(2):154-163
- 4- Espinosa Cr.: "Estudio sobre el coste de la enfermedad de Alzheimer en España". *Puntexpress, sanidad.*1997;312:11.
- 5- Salom JR, López A, Tudela O, López L, Sais J. : "Centro de día polivalente.Características de la población beneficiaria. Estadística descriptiva. *Geriatrka*,1999;156(8):39-40
- 6- Martín Carrasco M, Abad Gutierrez R, Nadal Álava S. Instituciones intermedias en el tratamiento de las demencias y otros trastornos psiquiatricos de la vejez: el Centro de Día Psicogeriatrico. *Rev Esp Geriatr Gernotol* 1991;26(Suppl)2:39-45
- 7- Aragón I. "Criterios de Ordenación de Servicios para la Atención Sanitaria a las Personas Mayores".INSALUD 1995; Alcalá 56, Madrid
- 8- Martínez Lage M, Selmes M. "La enfermedad de Alzheimer. Medicina y Ciencia. Fundación Española de Alzheimer;2000.

Tabla I: Perfil de estudio en Atención Primaria y Especializada:

<u>Atención Especializada</u>	<u>Atención Primaria</u>
<p><u>Consulta externa:</u> 1ª consulta y sucesivas: X 3,57; Mo 5 Hª Clínica y Exploración física EEG y Punción Lumbar Test: Minimental-test; Blessed</p> <p>Prescripciones: Farmacia</p>	<p><u>Consulta Externa:</u> 1ª consulta : Hª Clínica y Exploración Consultas sucesivas X 18/año; 20 enf Test: Minimental-test</p> <p>Prescripciones : farmacia</p>
<p><u>Laboratorio:</u> Bioquímica; Hematº; Orina; Ionogrª; Proteinogrª; Lipidogrª; Coagulº; Vit B y ac. Fólico; VDRL; ANA; LCR Sero Treponema; Crioglobulinas</p>	<p>Idem : Bioqª; Hematª; Orina, Coagulº</p>
<p><u>Radiología:</u> Rx-Torax; craneo; TAC Craneal; Spect; RMN</p>	<p><u>NO</u></p>
<p><u>Cardiología:</u> ECG</p>	<p><u>ECG??</u></p>
<p><u>Interconsultas:</u> Psiquiatría; Geriatria; Rehab; Endocrº Med interna; Digestivo; ORL...</p>	<p><u>Idem:</u> Neurología// Geriatria...resto igual</p>

Tabla II : Resumen valores medios por variable I

Normalidad	Variable	Media	p
NP	Sexo	V 1552 M 1889 GI 1663 GII 1902	0.417 0.789
NP	RX	V 596 M 422 GI 499 GII 289	0.090 0.080
NP	Laboratorio	V 322 M 325 GI 321 GII 304	0.202 0.975
P	Punción Lumbar	V 6.54 M 10 GI 8.68 GII 6.02	0.624 0.745
P	Urgencias	V 24 M 18 GI 20 GII 18	0.661 0.891
NP	Transporte	V 467 M 516 GI 267 GII 1343	0.832 0.028

NP:no paramétrica; P:paramétrica;V:varones ;M:mujeres;GI:grado I; GII: grado II

Tabla III: Resumen valores medios II

Normalidad	Variable	Media	P
P	EEC	V 126	0.912
		M 121	
		GI 125	0.616
		GII 109	
P	ECG	V 8.28	0.292
		M 11.47	
		GI 10.22	0.806
		GII 11.46	
NP	Interconsultas	V 109	0.705
		M 162	
		GI 121	0.042
		GII 260	
NP	Farmacia	V 688	0.030
		M 3629	
		GI 3264	0.000
		GII 1060	
NP	Ingreso Hospital	V 761+/- 231	0.468
		M 1151+/-247	
		GI 1075+/-259	0.817
		GII 993+/-132	

NP:no paramétrica; P:paramétrica;V:varón;M:mujer;GI:grado I; GII:gradoII

Tabla IV: Consumo de farmacia por grado y coste medio por paciente y año

Grado de deterioro	Nº Medio productos	Coste medio €.
I	2 +/- 1.01	2470
II	3 +/- 0.81	4278
III	4 +/- 1.20	5216