

# Futuro de los nuevos modelos de atención en envejecimiento

Evaluación económica del modelo Etxean  
Ondo en residencias

# Coste efectividad Etxean Ondo

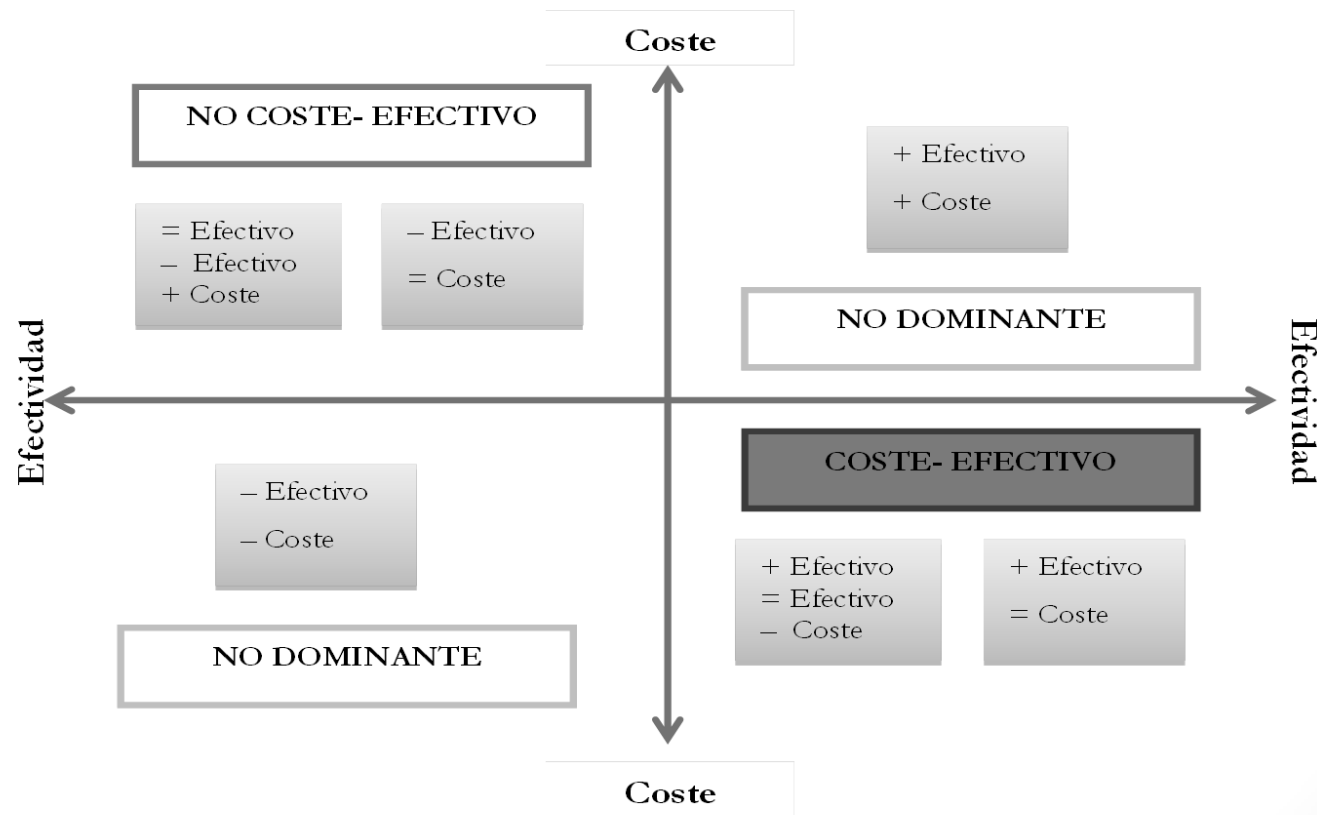
- **Estudio realizado en dos fases:**
  - Revisión sistemática de la literatura publicada sobre coste efectividad de intervenciones comunitarias y centradas en la persona (2012).
  - Estudio en curso respecto al coste efectividad de dos intervenciones concretas: Etxean Ondo domicilios y Etxean Ondo residencias.
- **En esta ponencia se repasan los resultados de la revisión realizada y se avanzan algunos resultados del estudio de costes relativo a Etxean Ondo residencias.**

# Revisión de la literatura

- **Se basa en la idea de la práctica basada en la evidencia**
- **Revisión sistemática**
  - Se pretende identificar todos los estudios que han analizado una cuestión determinada, valorando su calidad metodológica mediante instrumentos homologados y sintetizando los resultados de una forma sistemática.
  - ¿Qué buscamos? Estudios científicos publicados sobre la relación coste-efectividad de intervenciones sociales o socio-sanitarias para personas mayores y/o personas con discapacidad.
  - Búsqueda en las principales bases bibliográficas y primera selección de 226 documentos, que se redujo finalmente a 84.
  - Proceso de extracción y sistematización de la información.

# Revisión de la literatura

- **Concepto de coste-efectividad: comparación entre dos intervenciones alternativas**



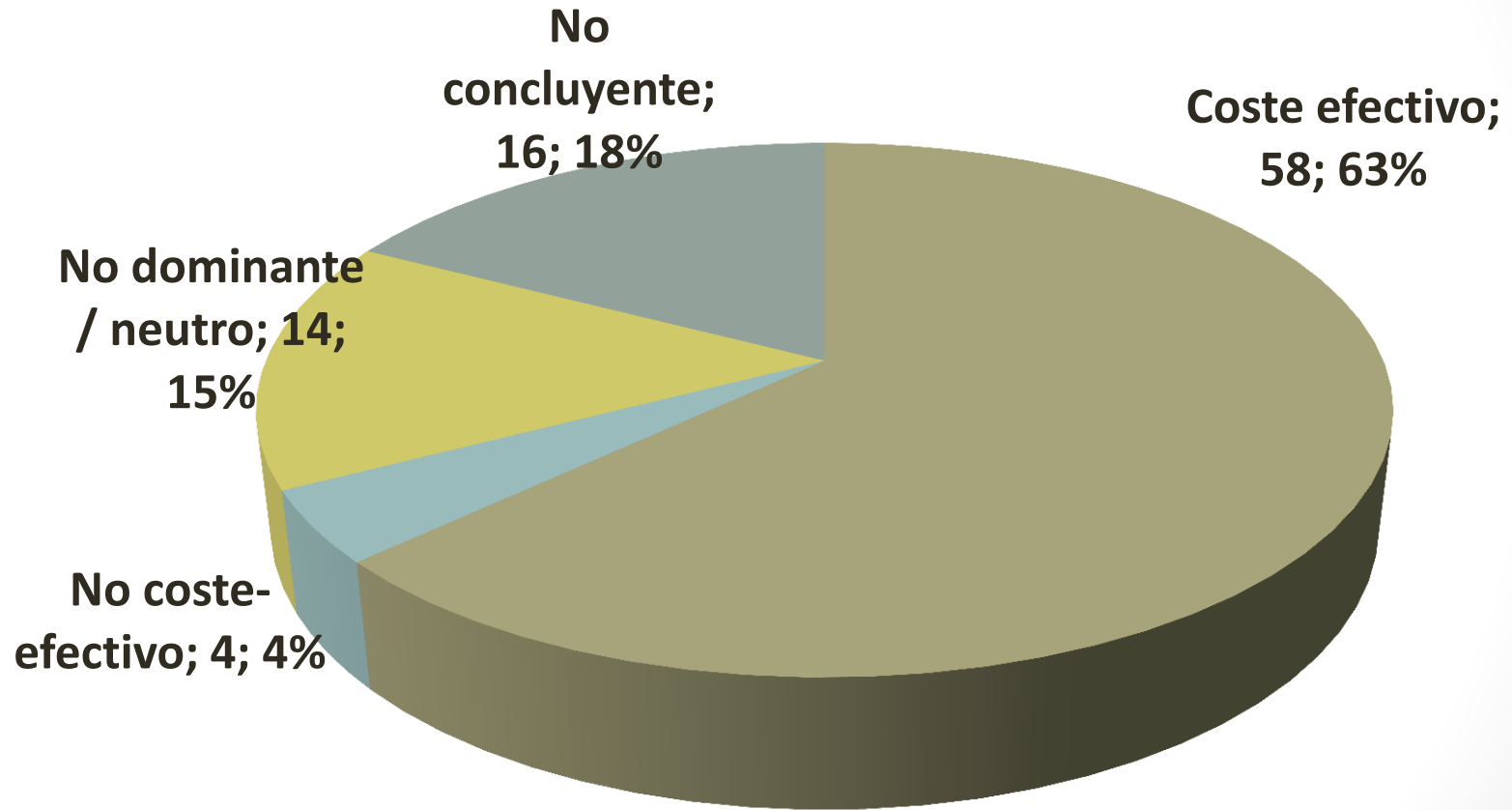
# Tipos de intervención

		Nº	%
Servicios comunitarios	S. Comunitarios en general	2	2,2
	Fórmulas de alojamiento en la comunidad	15	16,3
	Servicios de día	6	6,5
	Servicios de rehabilitación	2	2,2
	Servicios de respiro	3	3,3
	Ayuda a domicilio	3	3,3
	Re-capacitación a domicilio	2	2,2
	Visitas domiciliarias preventivas	4	4,3
	Servicios de acompañamiento	1	1,1
	Programas de autocuidado	10	10,9
	Ayudas tecnológicas	6	6,5
	Programas de prevención de caídas	6	6,5
Coordinación sociosanitaria	Servicios sociosanitarios integrados	4	4,3
	Gestión de casos	8	8,7
	Otras fórmulas de coordinación sociosanitaria	11	12,0
Individualización de la atención	Asignación económica individual	3	3,3
	Planificación centrada en la persona	1	1,1
	Otras fórmulas de individualización de la atención	5	5,4
TOTAL		92	100,0

# Objetivos de la intervención

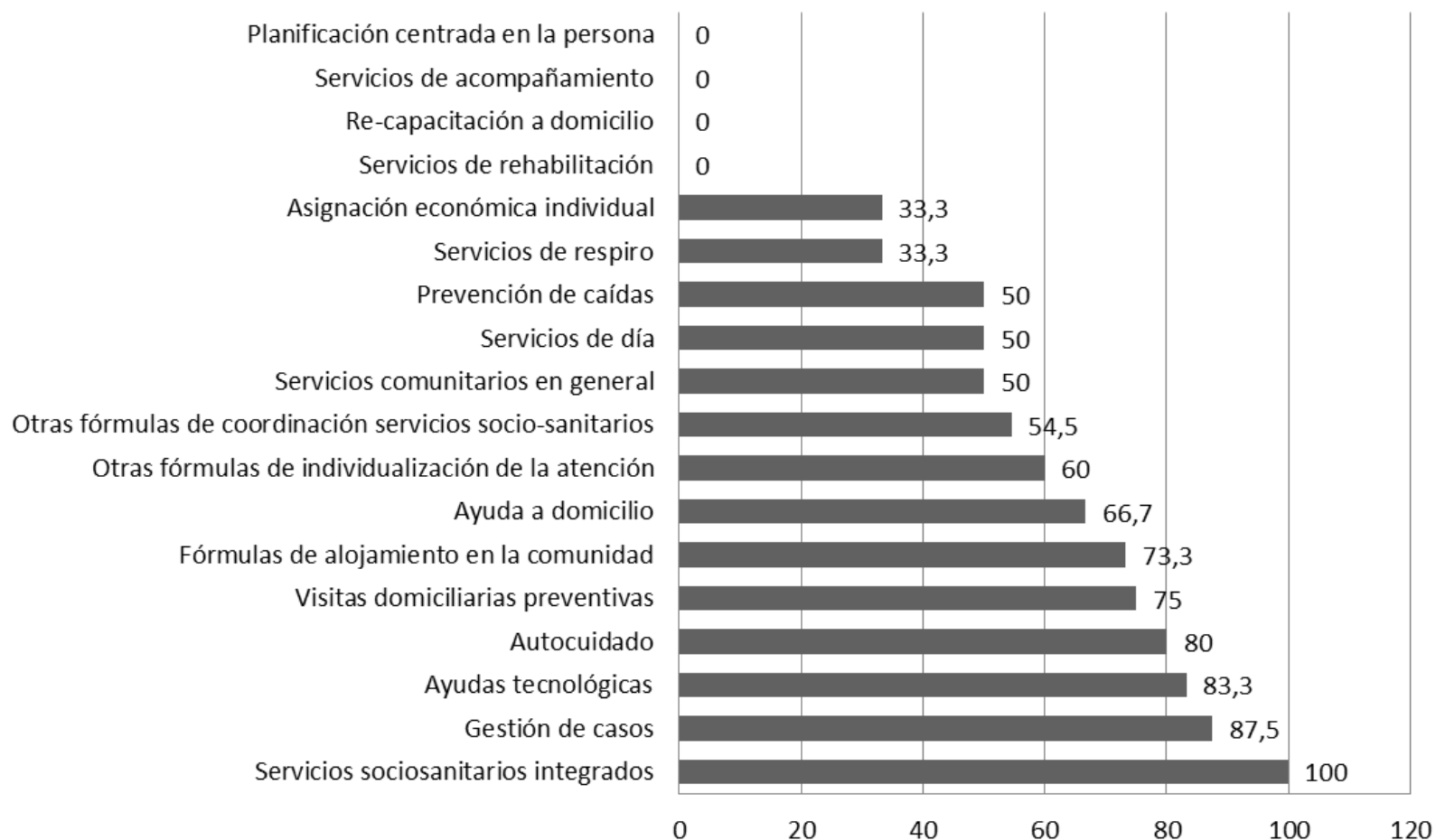
Objetivo de la intervención	Nº	%
Mejorar la calidad de vida	31	16,8
Reducir el uso de servicios sanitarios	25	13,5
Retrasar o evitar la institucionalización	23	12,4
Reducir el coste	19	10,3
Mejorar el estado de salud de las personas usuarias	18	9,7
Incrementar el grado de satisfacción	16	8,6
Mejorar o mantener la capacidad funcional	14	7,6
Reducir la carga de trabajo de las personas cuidadoras	11	5,9
Reducir el uso de servicios formales	11	5,9
Otros	17	9,3
Total	185	100,0

# Coste efectividad de las intervenciones



# Coste efectividad de las intervenciones

## % Coste efectivas





# Conclusiones de la revisión

- Cinco tipos de intervenciones con un número elevado de evaluaciones y mayoritariamente coste efectivas:
  - la gestión de casos;
  - las ayudas tecnológicas y para la adaptación de la vivienda;
  - los programas de autocuidado;
  - las fórmulas de alojamiento en la comunidad;
  - y la atención intermedia.
- Tres tipos de programas mayoritariamente coste efectivos, pero con un número limitado de evaluaciones
  - los servicios sociosanitarios integrados;
  - la ayuda a domicilio;
  - los programas de individualización de la atención.
- Resto de intervenciones, coste-efectividad no demostrada
- Necesidad de mayor esfuerzo de investigación

# Evaluación económica de Etxean Ondo Residencias

- Análisis basado en la comparación de dos grupos: experimental y control.
- La intervención experimental y el seguimiento se realizaron a lo largo de 18 meses, entre 2011 y 2013, en seis unidades residenciales diferentes.
- En total, se analizó la evolución de 59 casos experimentales y otros 64 casos de control, si bien finalmente, el análisis se reduce a 97 casos.
- La intervención consiste en la adaptación y mejora de los espacios físicos, la formación del personal en la ACP, y el incremento de las ratios de atención de las auxiliares para prestar un apoyo más activo a las personas residentes.

# Estudio de costes: metodología

- En el estudio de costes se tiene en cuenta el coste de implantación del modelo y el coste que supone la atención bajo los nuevos parámetros organizativos.
- Se registra también el uso de determinados servicios sociales y sanitarios por parte de cada grupo, y se cuantifica para saber si se producen ahorros o incrementos de coste en esos aspectos.
- Lo que se compara es en primera instancia es si la intervención experimental resulta más cara o no.
- Solo se tiene en cuenta el uso de recursos que se considera que van a estar afectados por la intervención, no el conjunto de los costes.

# Metodología: costes considerados

Resumen de los datos de coste recogidos	Grupo experim.	Grupo control
<b>COSTES DE IMPLANTACIÓN DEL MODELO</b>		
Coste de la formación inicial de las auxiliares de atención directa	x	-
Coste de las modificaciones del entorno físico	x	-
<b>COSTES PARA EL SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES</b>		
Coste de la formación continua de las auxiliares de atención directa	x	y
Coste del monitor/a para la planificación de actividades	x	y
Coste de la atención prestada por las auxiliares de atención directa	x	y
Coste de la atención del psicólogo del centro*	x	y
Coste del servicio de limpieza*	x	y
Coste del servicio de lencera*	x	y
<b>COSTES PARA EL SISTEMA DE SALUD</b>		
Coste de la atención prestada por el médico del centro*	x	y
Coste de la atención prestada por la enfermera del centro*	x	y
Coste de los fármacos prescritos*	x	y
Coste de las visitas a urgencias *	x	y
Coste de las hospitalizaciones*	x	y
<b>COSTE TOTAL</b>	$\Sigma X$	$\Sigma Y$
*Costes variables en función del efecto de la intervención experimental. Hipótesis de ahorro		

# Metodología: escenarios de coste

- Los datos de coste se basan en dos escenarios alternativos:
  - El 'escenario Matia' recoge los costes tal y como se han cuantificado en las unidades en las que se ha implantado.
  - El 'escenario óptimo' se diferencia del anterior en que:
    - Se imputan costes laborales correspondientes al convenio del sector, y no los costes correspondientes a los centros en los que se ha aplicado la intervención;
    - Se optimiza el coste de la formación;
    - Se aplica sobre unidades de 14 plazas, lo que permite optimizar el incremento en la dotación de auxiliares;
    - Se parte de una configuración física inicial de las unidades más cercana al modelo ACP.

# Metodología y limitaciones

- Se tienen únicamente en cuenta los costes ya señalados, si bien es posible que la intervención haya generado costes o ahorros en aspectos respecto a los que no se ha recogido información.
- Los resultados están muy determinados por la calidad del seguimiento y del registro de datos de los dos grupos, con la dificultad que implica adaptar el seguimiento a las necesidades y cambios en la intervención.
- Imprecisión en los datos sobre el uso de servicios.
- Necesidad de realizar imputaciones y estimaciones de costes unitarios a partir de fuentes indirectas.

# Resultados: costes

	Escenario Matia		Escenario óptimo	
	€ Persona / día	Persona / año	Persona / día	Persona / año
Atención social y sanitaria prestada en el centro	<b>7,17</b>	2.617	5,37	1.961
Total de la atención social y sanitaria recibida*	6,94	2.534	<b>5,14</b>	1.877

Incremento relativo en % respecto al coste plaza anual en residencias para personas mayores dependientes CAPV (2011)

Atención social y sanitaria prestada en el centro	<b>7,01</b>	5,25
Total de la atención social y sanitaria recibida	6,78	<b>5,02</b>

\*Incluye el coste de las visitas a urgencias y de las estancias hospitalarias. Datos para el conjunto de los usuarios (DC leve y grave)

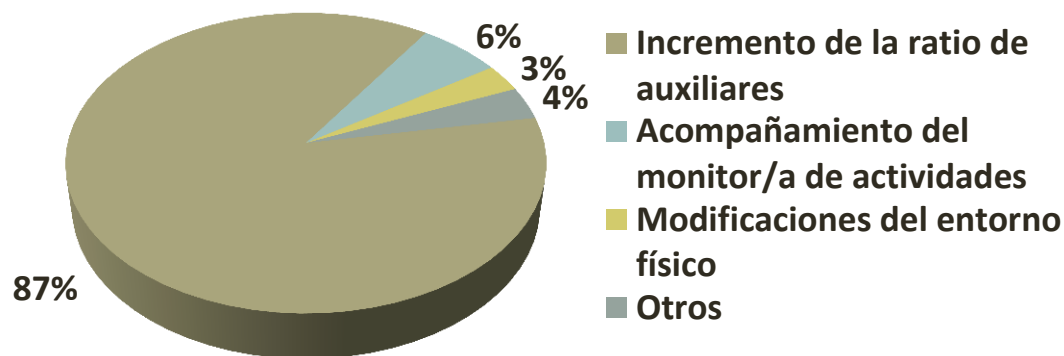
# Resultados: costes

	Coste incremental medio* (ACP – At. habitual)	
	Matia	Óptimo
<b>COSTES DE IMPLANTACIÓN DEL MODELO</b>		
Coste de la formación inicial de las auxiliares de atención directa	0,08	0,05
Coste de las modificaciones del entorno físico	0,28	0,19
<b>COSTES PARA EL SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES</b>		
Coste de la formación continua de las auxiliares de atención directa	0,07	0,04
Coste del acompañamiento por parte del monitor/a de actividades	0,60	0,42
Coste del servicio de limpieza**	-0,08	-0,47
Coste del servicio de lavandería/lencería**	-0,11	-0,35
Coste del incremento de la ratio de auxiliares de atención directa	8,31	7,46
Coste de la atención prestada por el psicólogo del centro**	0,04	0,04
<b>COSTES PARA EL SISTEMA SANITARIO</b>		
Coste de la atención prestada por el/la médico del centro**	0,12	0,12
Coste atención prestada por el personal de enfermería del centro**	0,04	0,04
Coste de los fármacos prescritos**	-2,16	-2,16
Coste de las visitas a urgencias**	-0,01	-0,01
Coste de las hospitalizaciones**	-0,22	-0,22
<b>COSTE TOTAL</b>	<b>6,94</b>	<b>5,14</b>
* El coste incremental medio es la diferencia entre el coste medio por persona usuaria de la Atención Centrada en la Persona y el coste medio por persona usuaria de la atención habitual. **Costes variables por efecto de la intervención experimental.		

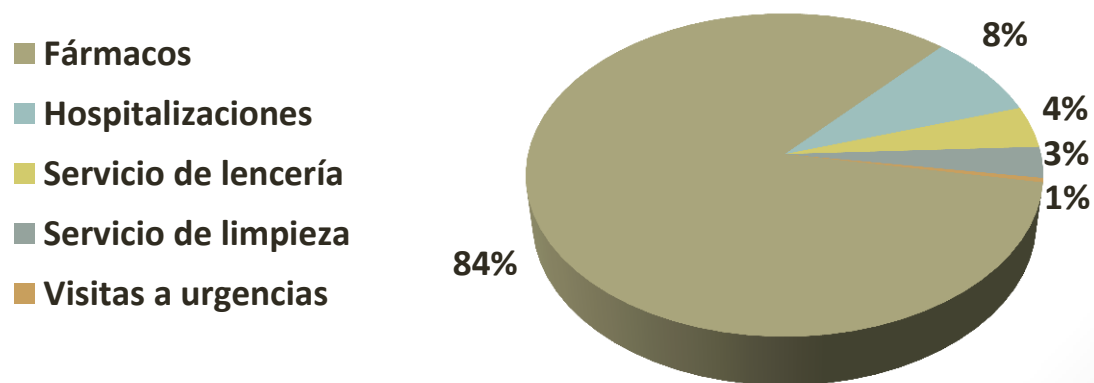


# Incremento y reducción de costes

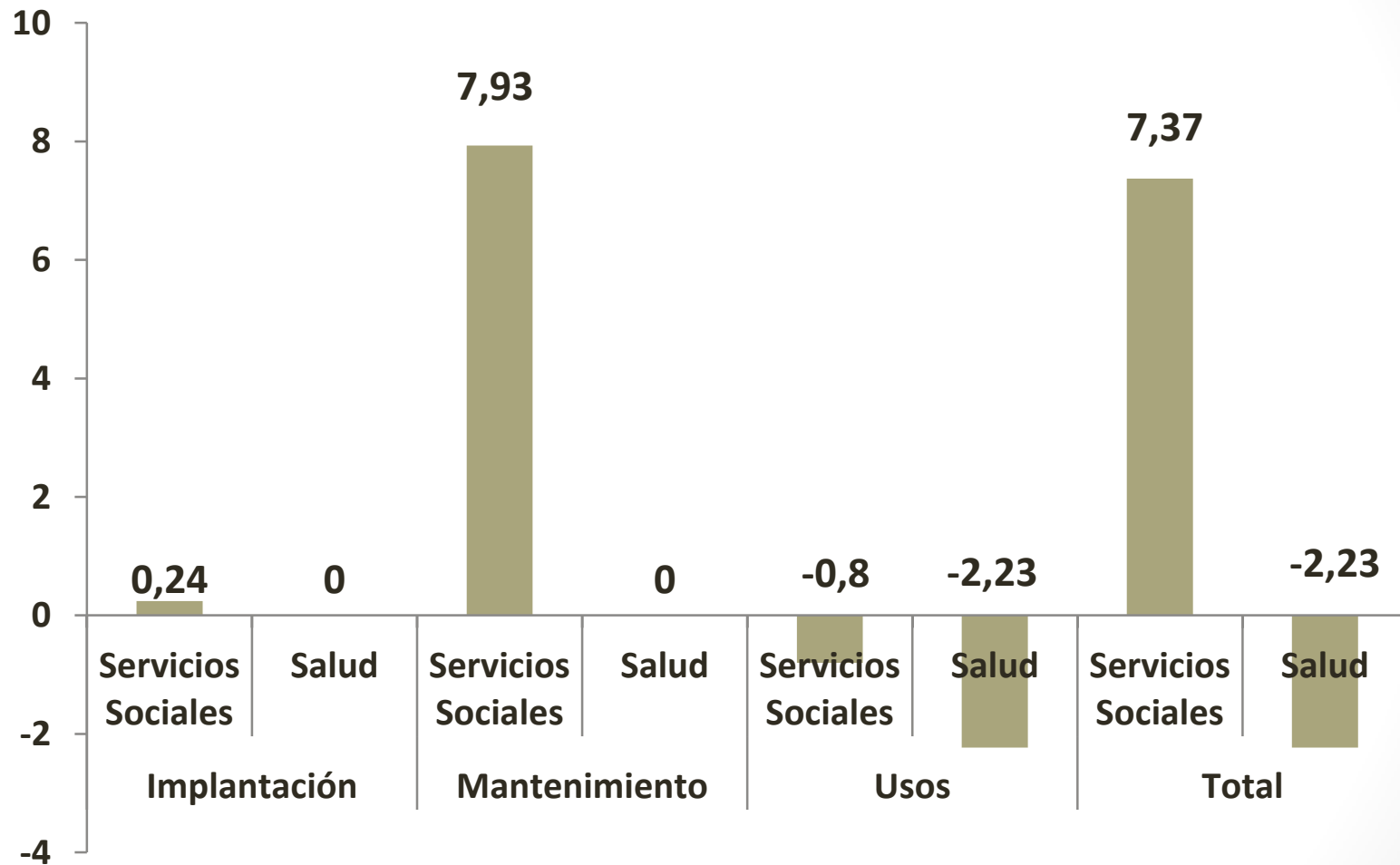
**Distribución de los componentes de la atención que suponen un incremento del coste del modelo ACP frente a la atención habitual (escenario Matia).**



**Distribución de los componentes de la atención que suponen una reducción del coste del modelo ACP frente a la atención habitual (escenario Matia).**



# Incremento y reducción de costes (esc.opt)



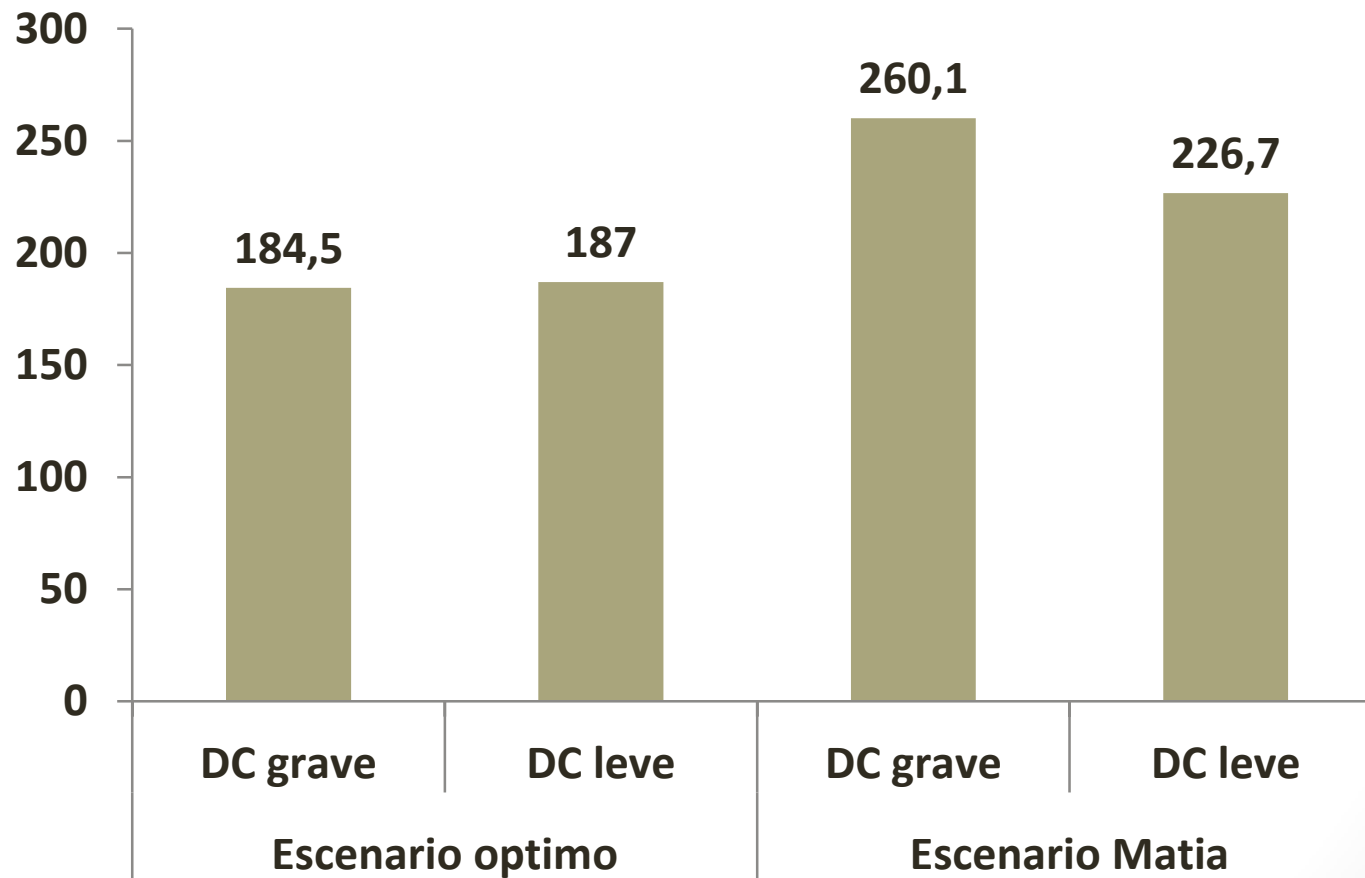
# Resultados: efectividad

	Variación media en calidad de vida <sup>‡</sup> (18 meses)	
	G. experimental ( ACP)	G. control (At. habitual)
Deterioro cognitivo grave	-4,45	11,83
Deterioro cognitivo leve	5,78	-8,42

‡ En el caso de las personas con deterioro cognitivo grave, se utiliza la escala Qualid donde una puntuación más elevada indica menor calidad de vida; para las personas con deterioro cognitivo leve se ha utilizado la escala Fumat, donde una puntuación más elevada indica mayor calidad de vida.

# Resultados: coste efectividad

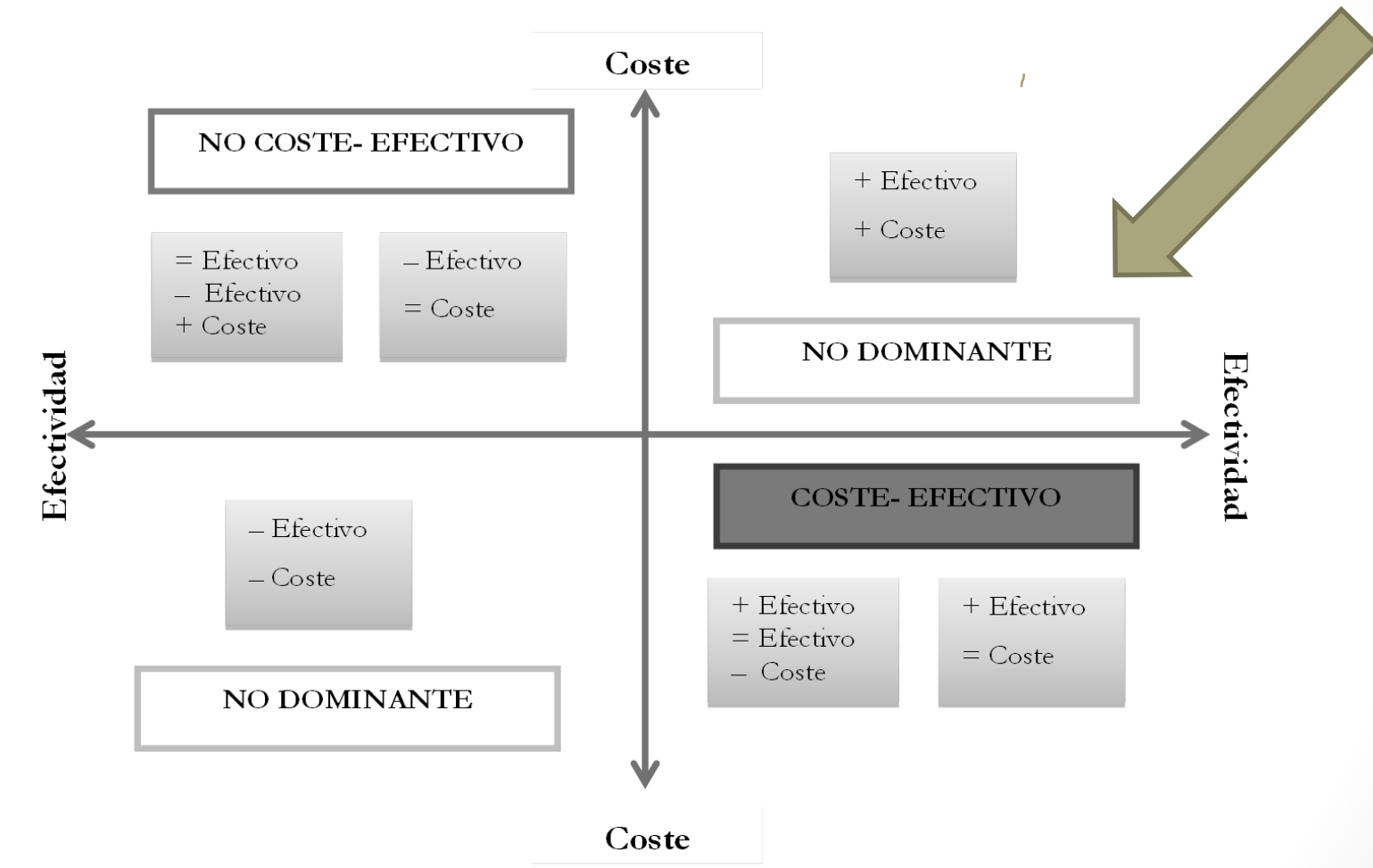
**Ratio coste efectividad incremental (RCEI): coste en euros por cada punto de mejora en calidad de vida a los 18 meses**



# Conclusiones

- El cambio de modelo supone un **coste adicional relativamente reducido** para el sistema de servicios sociales (**entre el 5% y el 7%** del coste plaza anual).
- La mayor parte del incremento del coste se deriva del incremento en la ratio de auxiliares, que financia el sistema de servicios sociales.
- La aplicación del modelo **también genera ahorros**, especialmente en lo que se refiere a la reducción de las **hospitalizaciones** y del consumo de **fármacos**, financiados básicamente por el sistema de salud.
- La intervención **mejora significativamente la calidad de vida** de las personas que se han beneficiado del nuevo modelo de intervención, al menos en los primeros 18 meses.
- No se han medido otras posibles mejoras u otros posibles ahorros.
- La intervención es **no dominante**, pues supone una mejora en la efectividad acompañada de un incremento del coste (entre 184 y 260 euros por punto de mejora en la calidad de vida); no se puede considerar coste efectiva, pero tampoco no coste efectiva.

# Conclusiones



Eskerrik asko  
Muchas gracias por su  
atención



Centro de  
Documentación  
y Estudios  
Dokumentazio  
eta Ikerketa  
Zentroa

Fundación Eguía-Careaga Fundazioa