

# Futuro de los nuevos modelos de atención en envejecimiento

Evaluación económica del modelo Etxean  
Ondo en residencias

# Coste efectividad Etxean Ondo

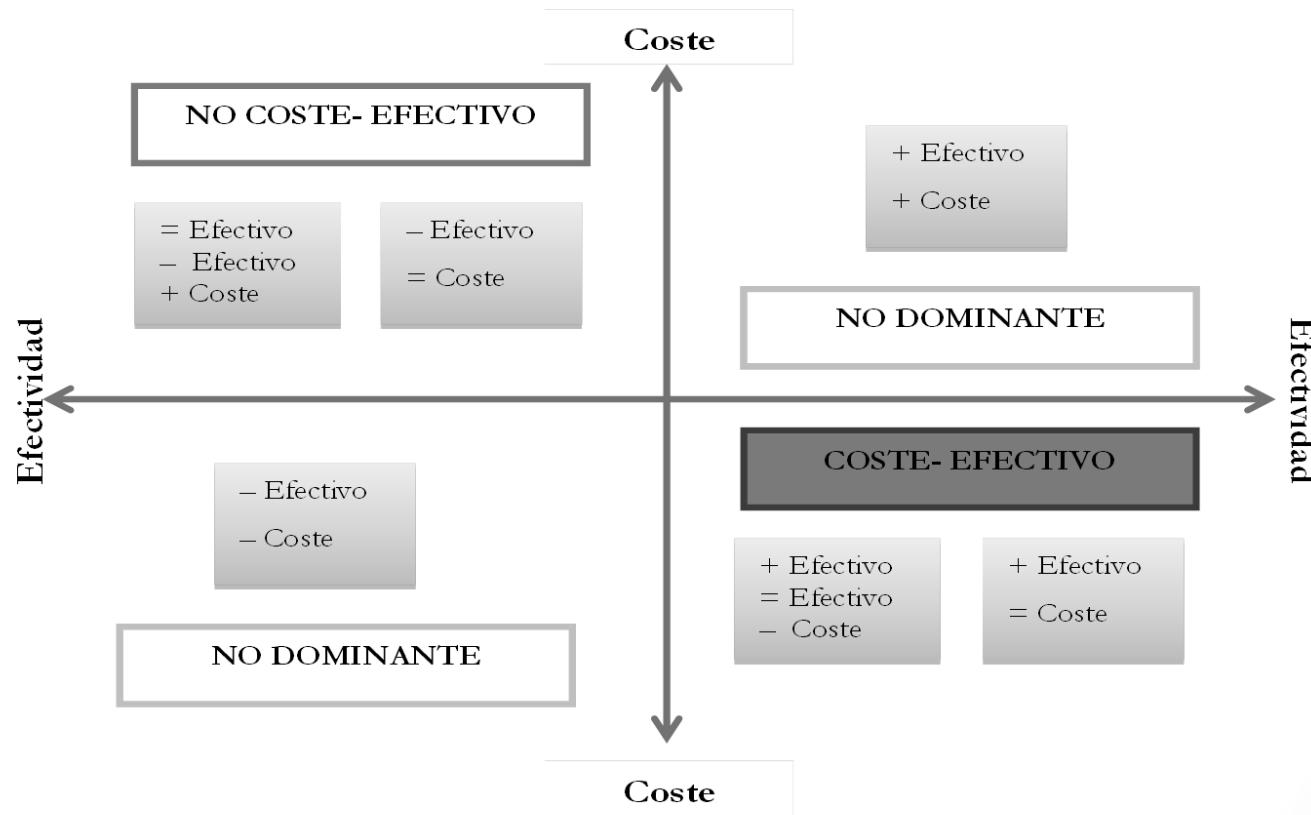
- **Estudio realizado en dos fases:**
  - Revisión sistemática de la literatura publicada sobre coste efectividad de intervenciones comunitarias y centradas en la persona (2012).
  - Estudio en curso respecto al coste efectividad de dos intervenciones concretas: Etxean Ondo domicilios y Etxean Ondo residencias.
- **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



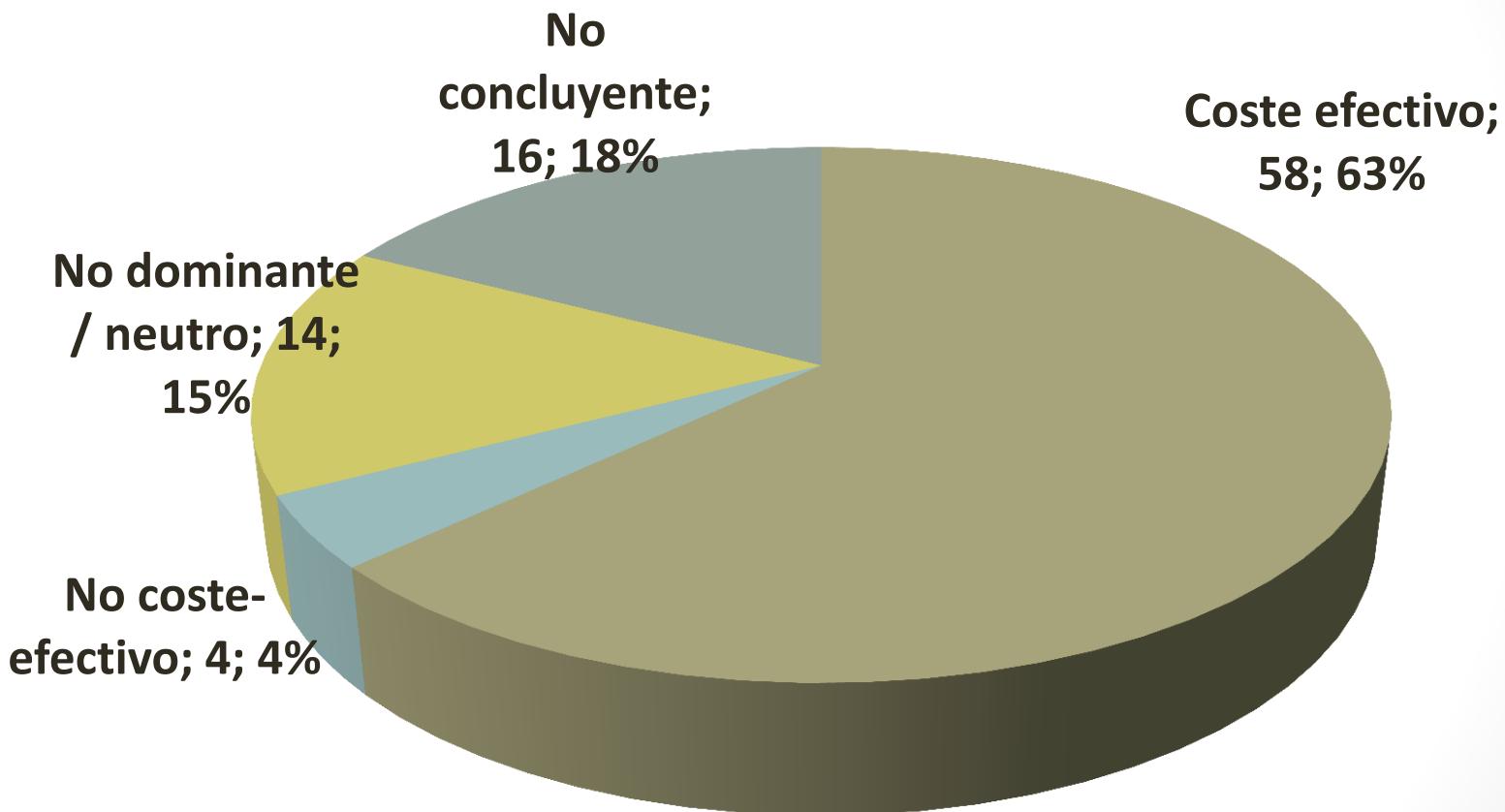
# Tipos de intervención

		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
Coordinación sociosanitaria	Ayudas tecnológicas	6	6,5
	Programas de prevención de caídas	6	6,5
	Servicios sociosanitarios integrados	4	4,3
Individualización de la atención	Gestión de casos	8	8,7
	Otras fórmulas de coordinación sociosanitaria	11	12,0
	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

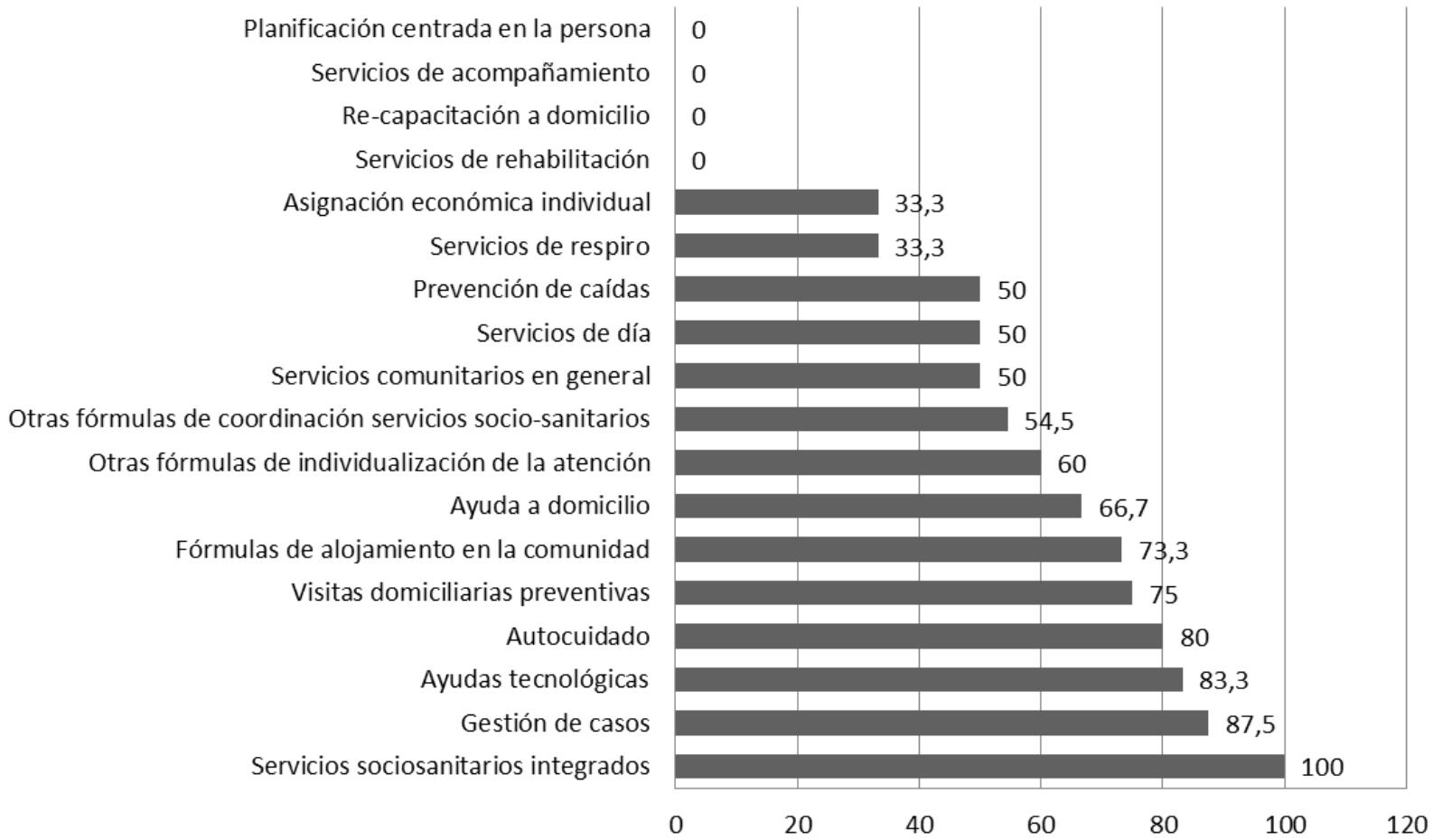
Objetivo de la intervención	Nº	%
Mejorar la calidad de vida	31	16,8
Reducir el uso de servicios sanitarios	25	13,5
Retrasar o evitar la institucionalización	23	12,4
Reducir el coste	19	10,3
Mejorar el estado de salud de las personas usuarias	18	9,7
Incrementar el grado de satisfacción	16	8,6
Mejorar 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
<b>Total</b>	<b>185</b>	<b>100,0</b>

# 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 lencería*	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)

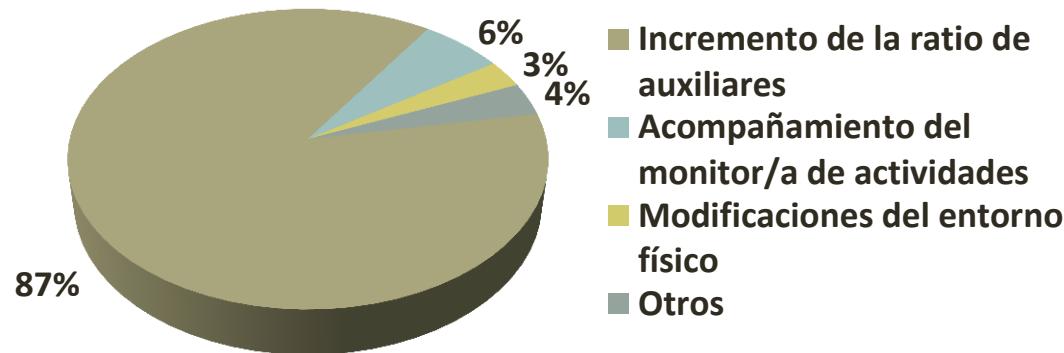
# Resultados: costes

	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>

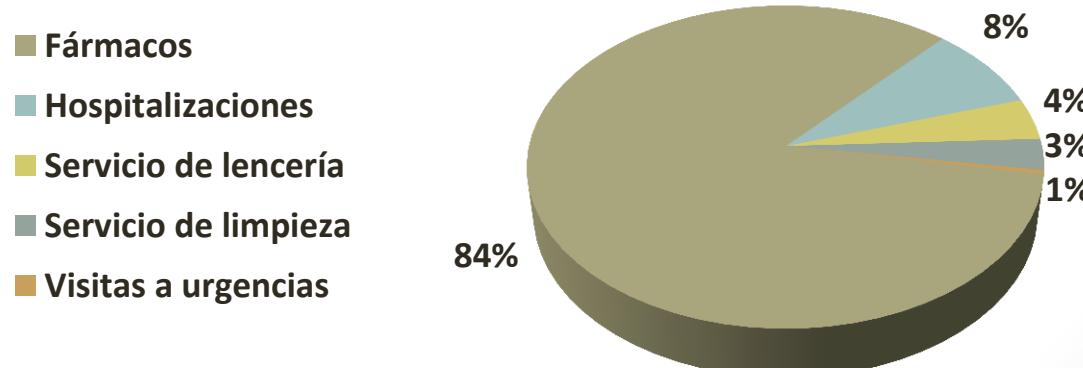
\* El coste incremental medio es la diferencia entre el coste medio por persona usuaria de la Atención Centrada en la Persona y el coste medio por persona usuaria de la atención habitual. \*\*Costes variables por efecto de la intervención experimental.

# Incremento y reducción de costes

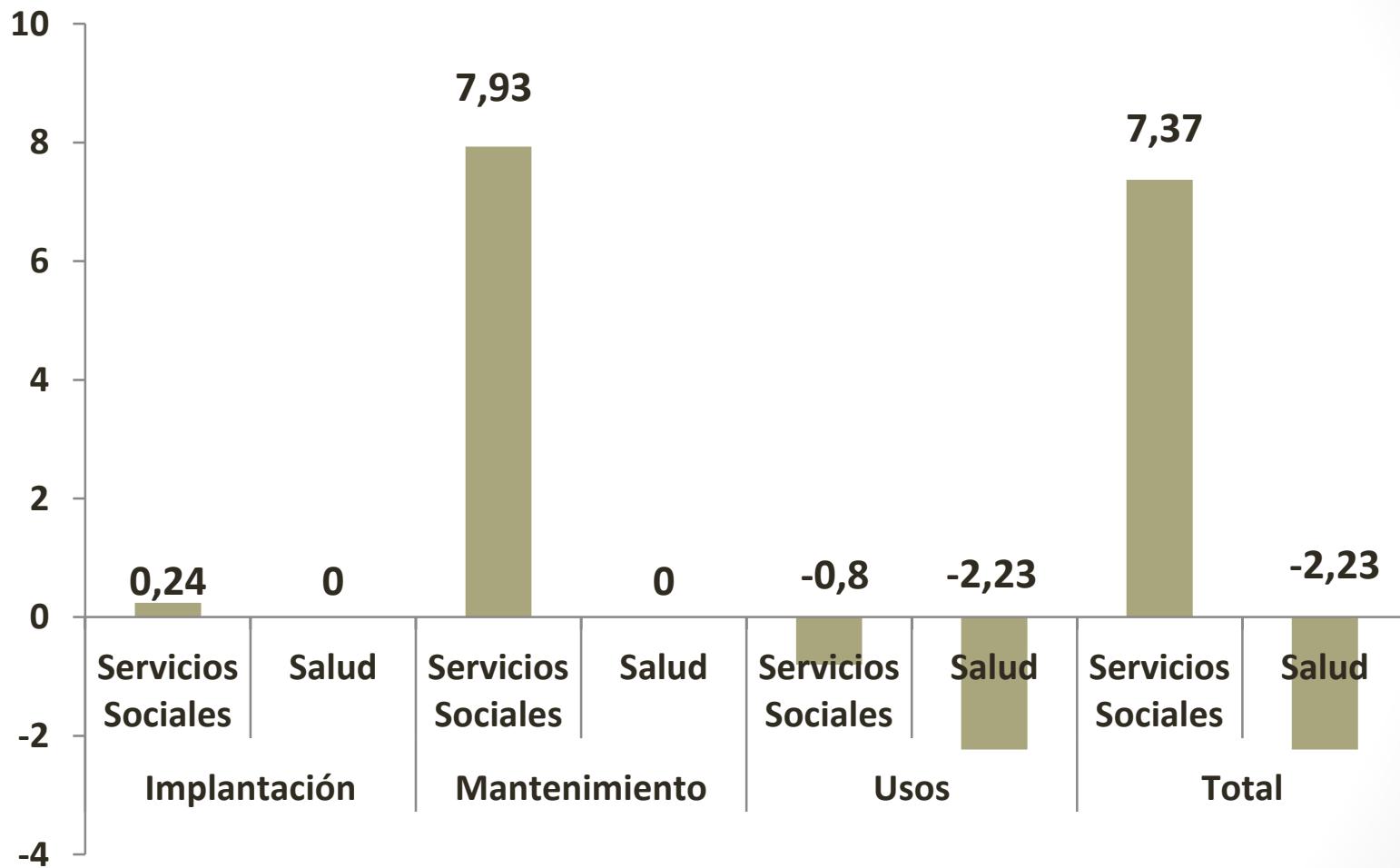
Distribución de los componentes de la atención que suponen un incremento del coste del modelo ACP frente a la atención habitual (escenario Matia).



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)



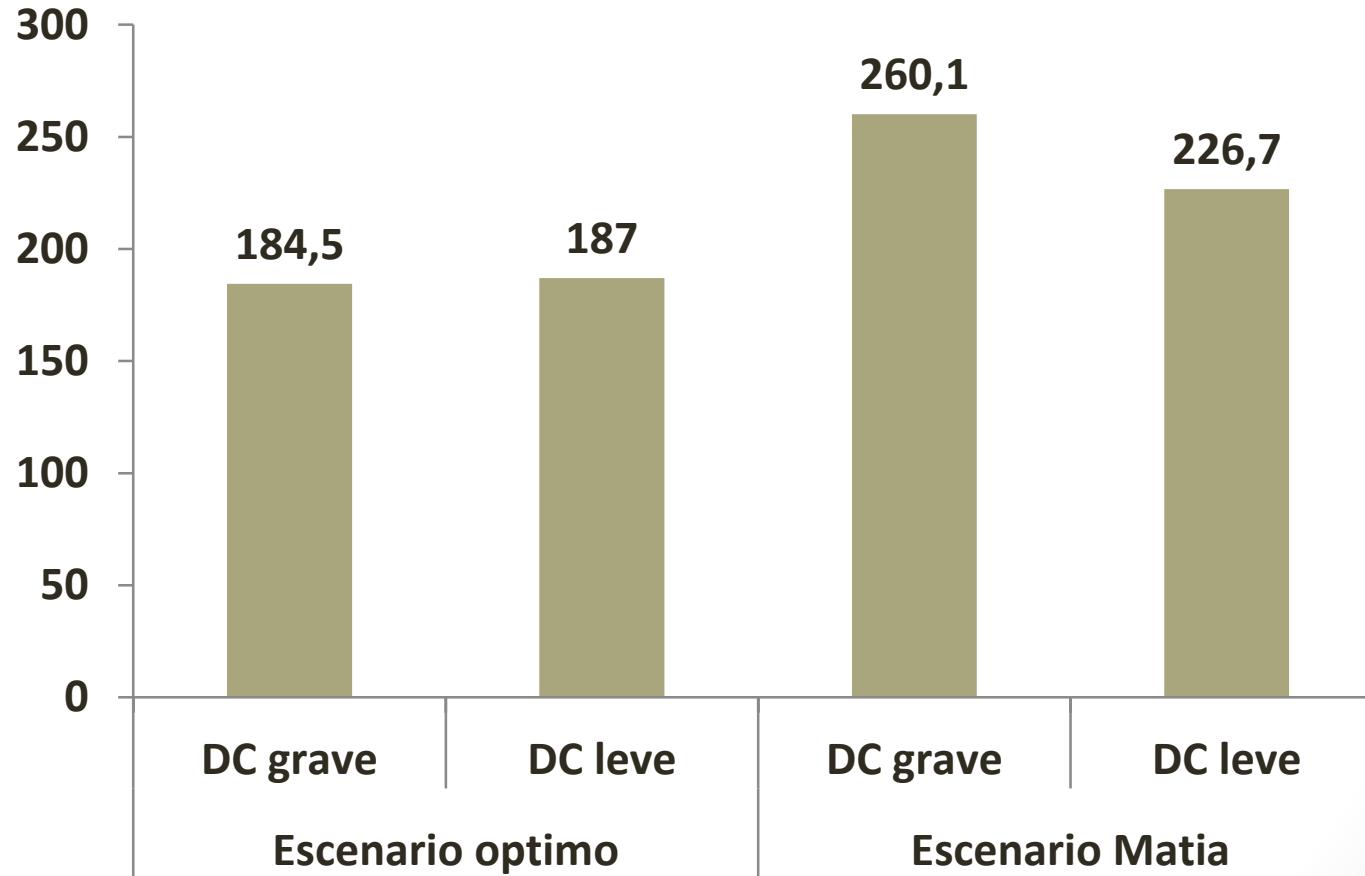
# Resultados: efectividad

	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

<sup>‡</sup> 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

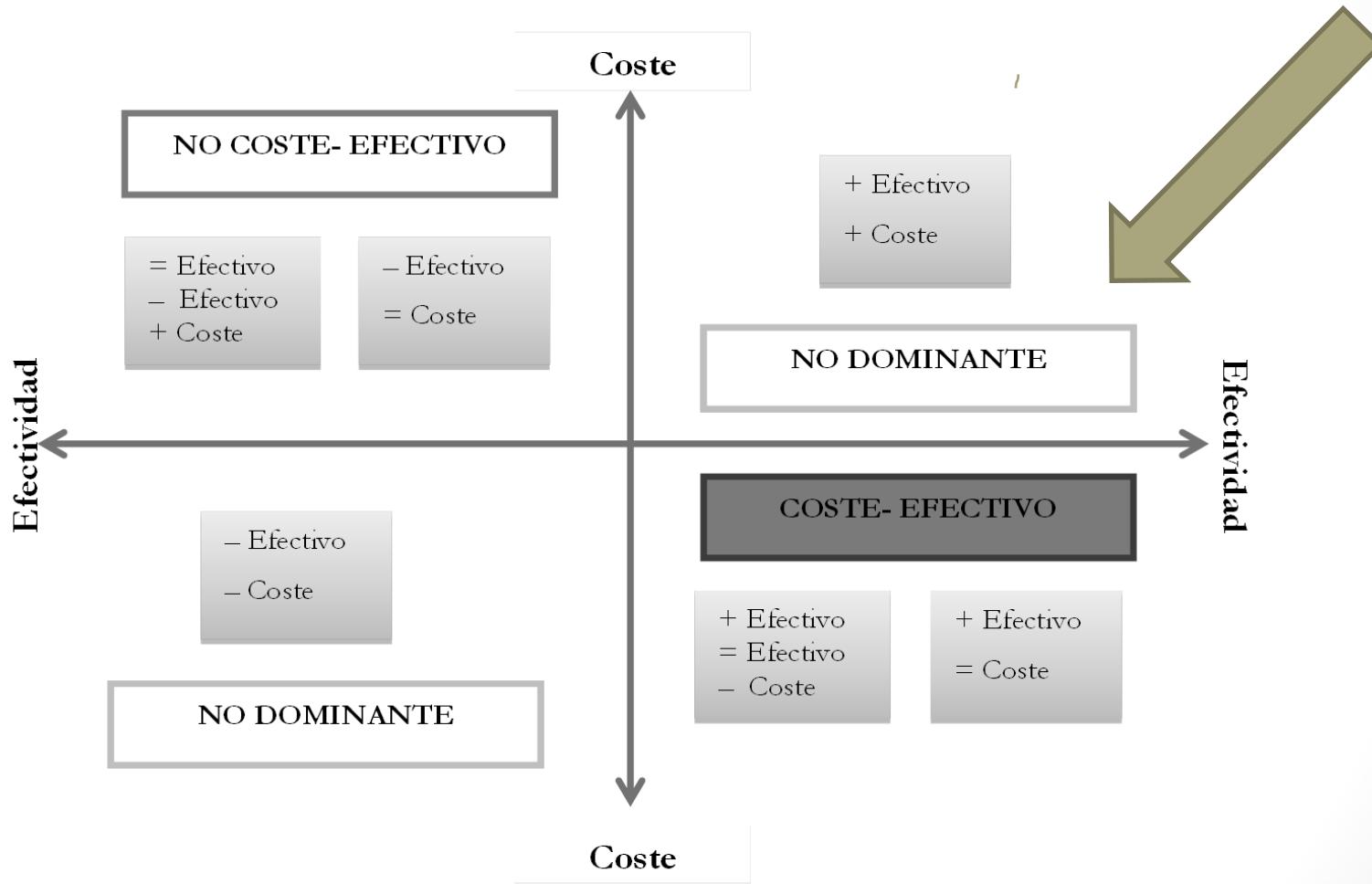
**Ratio coste efectividad incremental (RCEI): coste en euros por cada punto de mejora en calidad de vida a los 18 meses**



# 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