

# Los costes asociados a la dependencia en las personas mayores: una aproximación

Julia Montserrat<sup>1</sup>  
G. Rodríguez  
Cabrero<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidad  
Ramon LLull

<sup>2</sup>Universidad  
de Alcalá

## Introducción

El gasto sanitario y social asociado al envejecimiento está condicionado a variables como el aumento de la esperanza de vida, el número de personas que sufren discapacidades, la expectativa de años de vida con procesos invalidantes, el tipo de recursos sanitarios y sociales utilizados por dichas personas, así como la frecuencia e intensidad en el consumo de dichos recursos.

Las variables explicativas del gasto irán variando a medida que cambie el entorno y se produzcan alteraciones que incidan en cualquiera de ellas, como por ejemplo que la expectativa del número de años con dependencia disminuya; pero para conocer cuál es la evolución del gasto es necesario conocer cuál es el estado actual del gasto sanitario y social que acompañan a los procesos invalidantes.

La dependencia genera gastos en el sistema sanitario pero, también, en el sistema social (ayuda de una tercera persona); por lo tanto, el análisis del gasto debe ser omnicompreensivo, incluyendo el consumo de servicios sanitarios y sociales, así como el consumo de otros productos (farmacia, ayudas técnicas y otros). El objetivo de este artículo es mostrar una aproximación a los costes sanitarios y sociales que generan las personas mayores dependientes, a partir del momento en que surge la dependencia y la evolución del coste de la misma según los diferentes grados de esta.

Conocer el consumo de recursos asociados a la dependencia, así como el gasto que este genera es un aspecto importante en la planificación de la atención sanitaria y social, especialmente cuando en España tenemos, actualmente, un porcentaje de mayores dependientes que supone el 19,3% del colectivo de mayores y, si no hay cambios en el entorno (reducción del número de años de dependencia,

disminución de la prevalencia de enfermedades crónicas), la cifra del gasto se incrementará de acuerdo con la evolución demográfica.

Este artículo expone algunos de los resultados obtenidos en el estudio "Modelos de la atención sociosanitaria: Una aproximación a los costes de la dependencia". La principal conclusión es que el gasto sanitario y social está estrechamente ligado al nivel de dependencia, aumentando a medida que aumenta la dependencia siendo uno de los principales factores explicativos del gasto, el consumo de servicios en centros de internamiento.

## Material y métodos

"Una aproximación de los costes asociados a la dependencia" se basa en un estudio longitudinal sobre el consumo de recursos sanitarios y sociales causados por las personas mayores dependientes. Los datos se recogen desde los 65 años hasta el momento de la realización del estudio.

Los datos proceden de 177 historias clínicas de usuarios que manifestaban algún nivel de dependencia. Los 177 casos han supuesto tratar 3.441 fichas, ya que cada "año de vida" de cada uno de los individuos se han considerado como una "ficha". El colectivo de individuos estuvo formado por un 70% de mujeres y un 30% de hombres; no se ha realizado un análisis desglosado por sexos al ser grupos muy desiguales.

El tratamiento de los datos por años de vida permite ver la evolución de las variables en un mismo individuo y, también, analizar de forma agregada el comportamiento de unas variables en función de otra/s.

Las historias clínicas escogidas recogen la historia de los últimos veinte años de vida de los casos, como promedio, ya que empiezan haciendo el recorrido de

Correspondencia:

Julia Montserrat  
Universidad Ramon LLull  
Barcelona  
E-mail: sqs@wanadoo.es

los individuos desde los 65 años hasta el momento de la recogida de los datos.

La selección de los casos se ha realizado en función de elegir usuarios situados en seis centros situados en localidades correspondientes a cuatro Comunidades Autónomas. Los centros escogidos tenían el común denominador de ser centros que atendían a personas dependientes, si bien en unos casos eran centros cerrados, otros eran centros abiertos y, en otro caso, era un área básica de salud. Concretamente, los centros que intervinieron en el estudio fueron: Hospital Sant Jaume de Manlleu (Barcelona), Clínica Barceloneta (Barcelona), Hospital geriátrico Virgen del Valle (Toledo), Residencia asistida y psicogeriatrica Arana (Vitoria), Centro de día asistido y psicogeriatrico Txagorritxu (Vitoria) y el Área Básica de Salud de la Zona de Arganzuela (Madrid).

Se hizo un diseño de ficha para volcar los datos de las historias clínicas recogiendo las siguientes variables: edad, sexo, el número de días (al año) de consumo de los recursos sanitarios y sociales consumidos, nivel de dependencia física y psíquica, patología principal y patología crónica y ayudas técnicas. Además, se recogió el dato del gasto en productos farmacéuticos de forma indirecta.

Se realizaron estimaciones cuando se desconocía o no era posible conocer el dato exacto como es el caso del número de visitas al médico de familia. Esto es así porque generalmente se dispone de datos de los últimos años de la persona pero no de la evolución de los diez o quince primeros años de vida (a partir de los 65).

En cuanto al gasto en farmacia no se pudo recoger el consumo para cada uno de los individuos ya que en las fichas clínicas no hay constancia de las medicinas tomadas en cada momento, al menos hasta que no ingresa en un centro cerrado. Es por ello que se han utilizado las estadísticas del INSALUD en las que se recoge el dato del gasto de los pensionistas en productos farmacéuticos. Aunque el concepto de pensionista es más amplio que el de persona mayor, se tomó el dato del "gasto pensionista" como aproximación al gasto en productos farmacéuticos de una persona mayor.

Los recursos sanitarios y sociales se clasificaron de la siguiente manera: servicios sanitarios (hospital de agudos, unidad de media estancia o centro de convalecencia, unidad de larga estancia o centro sociosanitario, hospital de día y atención primaria, la cual incluye la atención sanitaria domiciliaria. Por lo que se refiere a servicios sociales, se contemplaron los de residencias sociales - públicas y privadas,

residencias psicogeriatricas, centros de día y psicogeriatricos, ayuda domiciliaria pública y servicio doméstico destinado a cuidar ancianos.

Los datos de las ayudas técnicas se obtuvieron a partir de los registrados en las fichas y se completaron con los datos facilitados por los usuarios, familiares o cuidadores; no obstante, este dato adolece de grandes limitaciones ya que generalmente no se recoge en la fichas clínica y es difícil reconstruir la historia.

La clasificación del nivel de dependencias se hizo en función de unos parámetros que fueron definidos por el equipo del estudio. Ello fue motivado porque, en primer lugar, no hay una clasificación universal del nivel de dependencia y, en segundo lugar, porque en las fichas clínicas no siempre aparece el nivel de dependencia. Además, surgía el problema de que no se podían hacer valoraciones objetivas de etapas anteriores. Es por ello que se definieron los niveles de dependencia en función de la necesidad de ayuda de una tercera persona, en lugar de las limitaciones de la vida diaria y se estimaron cuando el dato no constaba en la ficha.

Así, el nivel de dependencia física leve (nivel 1) es cuando necesita ayuda para facilitarle la autonomía en algunas actividades de la vida diaria, como ayuda puntual para subir escaleras, para cortar la carne, etc; el nivel de dependencia grave (nivel 2) es cuando necesita ayuda para suplir algunas actividades de la vida diaria como asistencia al baño, ayuda de otra persona para subir escaleras, etc; el nivel de dependencia física severo (nivel 3) es cuando necesita permanentemente ayuda de una tercera persona para suplir las actividades de la vida diaria. En el mismo sentido, el nivel 1 de dependencia psíquica es cuando empieza a tener algunos signos de demencia, como fallos de la memoria; el nivel 2 de dependencia es cuando los signos de demencia son más habituales como, por ejemplo, el empobrecimiento del lenguaje, desorientación ocasional, algunos problemas de comportamiento, etc y el nivel 3 de dependencia es cuando se manifiesta la pérdida de autonomía psíquica como, por ejemplo, pérdida de la memoria, desorientación, problemas permanentes de comunicación, etc.

En cuanto a los costes, teniendo en cuenta que se recogieron fichas de servicios y centros diferentes ubicados en diferentes Comunidades Autónomas, se procedió a pedir el coste del servicio unitario a cada uno de los diferentes centros y se calculó el coste de cada uno de los tipos de servicios definidos en función de hallar la media ponderada y el número de individuos consumidores de cada servicio. Así, los

costes medios ponderados referidos al año 1998 para cada uno de los diferentes servicios fueron los siguientes:

### **Servicios sanitarios:**

Hospital de agudos, 40.565 pts/día (243,80 euros/día); Unidad de convalecencia, 13.695 pts/día (82,31 euros/día); Centro sociosanitario, 7.765 pts/día (46,67 euros/día); Hospital geriátrico, 26.344 pts/día (158,33 euros/día); Hospital de día, 19.984 pts/día (120,11 euros/día); Atención sanitaria domiciliaria, 7.429 pts/día (44,65 euros/día) y Atención primaria, 4.500 pts/día (27,05 euros/día).

### **Servicios sociales:**

Residencia asistida pública, 10.510 pts/día (63,17 euros/día); Residencia psicogeriátrica, 13.717 pts/día (82,44 euros/día); Residencia privada, 5.080 pts/día (30,53 euros/día); Centro de día, 4.083 pts/día (24,54 euros/día); centro de día psicogeriátrico, 13.717 pts/día (82,44 euros/día), Atención domiciliaria pública, 1.795 pts/día (10,79 euros/día); Servicio doméstico, 1.000 pts/día (6,01 euros/día).

La explotación de los datos se ha realizado a un doble nivel, un análisis descriptivo en el que se describe la relación de una variable con otra/s. A su vez, se han realizado dos sub-estudios con muestras más pequeñas sobre colectivos concretos de la población para analizar con más profundidad la relación entre el consumo de recursos y la dependencia como son las patologías cerebrovasculares y las personas con demencia senil.

## **Las enfermedades y la dependencia**

La dependencia es el mayor efecto desfavorable asociado al envejecimiento; así, las personas mayores con dificultades en la movilidad tienen un alto riesgo de convertirse en dependientes. La discapacidad está asociada a dependencia, ya que la persona discapacitada será dependiente de otra cuando no pueda valerse por sí misma para todas o para algunas de las actividades de la vida diaria a causa de dicha dependencia.

El término dependencia se refiere, en el contexto de la política social, a la necesidad de atención y cuidados que precisan las personas que no pueden realizar por sí mismas las actividades de la vida cotidiana. El Consejo de Europa (1998) ha propuesto la siguiente

definición: "son personas dependientes quienes, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual tienen necesidad de una asistencia y/o ayuda importante para la realización de las actividades de la vida diaria". En los países donde se han desarrollado sistemas específicos de protección a la dependencia suelen operativizar la "ayuda importante" como "ayuda de otra persona".

Numerosos estudios han relacionado enfermedad crónica y discapacidad. En las personas mayores, además, se da una mayor probabilidad de que quienes padecen enfermedades crónicas sufran discapacidades y, al revés, aquellas personas que padecen discapacidades tienen más propensión a sufrir enfermedades crónicas. Trece enfermedades crónicas han sido asociadas consistentemente con la discapacidad física; entre ellas, la artritis, la fractura de cadera, las disfunciones cognitivas y las enfermedades del corazón son patologías altamente prevalentes con la edad, (Frienda & Guralnick, 1997)<sup>1</sup>. Otras enfermedades, como el cáncer, son conocidas como causa de discapacidad, pero la asociación con la dependencia es menor que en las enfermedades citadas.

Guccione (1994)<sup>2</sup> también menciona que una de las mayores causas de la incapacidad física son las enfermedades crónicas, tales como la artritis y las enfermedades cardíacas crónicas. En el mismo sentido, señala que son causas de discapacidad física las enfermedades crónicas ligadas al envejecimiento, como la hipertensión, la osteoporosis, diabetes, demencias, etc.

Por otro lado, hay ciertas enfermedades que motivan la hospitalización, lo cual en personas de edad avanzada será una de las causas de discapacidad. Los diagnósticos más frecuentes que motivan la hospitalización son los accidentes vasculares cerebrales, la insuficiencia cardíaca, las enfermedades pulmonares crónicas y agudas, las fracturas de cadera y las enfermedades neoplásicas. Durante la propia hospitalización, tanto la enfermedad que genera el ingreso como la propia hospitalización pueden presentar complicaciones. De entre todas las complicaciones, el deterioro funcional provoca una repercusión especial en la vida posterior de la persona, ya que suele requerir un incremento de su necesidad de cuidados.

En consonancia con la referencia de que los accidentes cerebrovasculares son una de las principales causas de la dependencia física de los individuos, el estudio realizado por Rodríguez Cabrero & J. Montserrat (2001)<sup>3</sup> obtiene resultados análogos a la conclusión anterior, ya que muestra que la relación entre patología cerebrovascular y dependencia física es bastante manifiesta; en el 75% de los casos estudia-

dos aparece dependencia física a partir del momento de sufrir la patología cerebrovascular (C.V.) o inmediatamente después. Solo el 25% restante ya padecía algún tipo de dependencia cuando se le declara esta enfermedad; pero incluso en estos casos se manifiesta un empeoramiento de la dependencia.

La edad es, también, una de las causas de la dependencia psíquica, la cual es generada, mayoritariamente, por la enfermedad de Alzheimer y todo tipo de demencias seniles. Elane M. Guterman (1999)<sup>4</sup> y otros señala que la prevalencia de la demencia senil es de un 5% en los individuos de más de 65 años y asciende al 45% en los individuos mayores de 80 años. Asimismo, en el estudio que se presenta se observa una prevalencia de las patologías de demencia senil del orden de casi el 40% del total de los casos estudiados, siendo la edad más frecuente entre los 75 y los 85 años, con una incidencia del 62% del total de casos, mientras que en el tramo de edad entre "65 y 74 años", la incidencia es solo del 38%.

Teniendo en cuenta que la duración estimada de años de dependencia es entre 7 y 8 años, ello implica que sobre un promedio de 20 años de vida, a partir de los 65 años, hay un 19,3% del colectivo de mayores que un tercio de su vejez viven en estado de dependencia física o psíquica.

## Los servicios consumidos por las personas dependientes

Las personas con enfermedades crónicas necesitan de cuidados sanitarios que, en unos momentos, pueden ser cuidados puntuales y, en otros momentos, serán cuidados continuados. El estado de salud de la persona determinará la intensidad, la frecuencia, así como la tipología de los servicios.

Así pues, la manifestación de un proceso agudo de una enfermedad requerirá la prestación de un servicio sanitario "puntual", ya que una vez recuperado no necesitará de este servicio. De la misma manera, una persona con una enfermedad crónica necesitará de cuidados sanitarios "continuados" que, según el contexto de la dependencia y del entorno familiar, serán suministrados por una institución paralela a la organización de ayuda personal (atención primaria, hospital de día, etc) o por una organización que preste el servicio sanitario y social de forma integrada (centro sociosanitario, hospital geriátrico, etc).

Desde la perspectiva de "ayuda personal", la aparición de las discapacidades, ya sean físicas o psíquicas, genera la necesidad de ayuda de "una tercera

persona" cuya intensidad y frecuencia en el consumo dependerá del grado de discapacidad de la persona.

La dependencia para las AVD conlleva una carga de cuidados prolongados, que en España, ha venido ocupándose de forma tradicional la "familia" y, especialmente, la mujer (esposa, hija, hermana, etc). La gran importancia de los cuidadores familiares se ha puesto de manifiesto en algunos estudios (Rodríguez, P.1995)<sup>5</sup> el cual cita que, el 83% del total de cuidadores son mujeres, y de estas, declaran que no reciben ayuda de nadie para la realización de ese trabajo el 61,5%.

Fenómenos sociales como el incremento de la incorporación de la mujer al trabajo y el aumento del número de familias que viven solas o alejadas de los hijos, han puesto en evidencia la necesidad de "servicios que suplan" al trabajo realizado por los cuidadores familiares; así, los "cuidados personales" realizados, tradicionalmente, por las familias están siendo desarrollados -total o parcialmente- por servicios especializados, como los de ayuda a domicilio, centros de día, residencias, etc.

Así pues, como resultado de la menor dedicación de la familia y del aumento de años de dependencia, se incrementa la intensidad de los consumos "externos" de los recursos sanitarios y sociales realizados por las personas mayores con dependencias.

Una de las conclusiones del estudio es que casi el 90% del volumen de recursos sanitarios y sociales consumidos se concentra en los últimos 7 u 8 años de vida de la persona, periodo que coincide con el de la duración de la dependencia. El número de años de dependencia suele ir ligado al número de años de la enfermedad causante de la dependencia o del agravamiento de una o algunas de las enfermedades crónicas. No todas las enfermedades originan la misma expectativa de años de dependencia, aunque los resultados del colectivo estudiado no difieren mucho entre una y otra patología. Así, según el estudio citado, el número de años promedio de dependencia en las patologías cerebrovasculares resultó ser de 7,25, y en el caso de las demencias seniles resultó ser de 8 años.

Los itinerarios de los servicios no son los mismos dependiendo del tipo de enfermedad de que se trate, ya que en algunas enfermedades la dependencia se vuelve severa en poco tiempo y, por lo tanto, la permanencia en el domicilio es inferior a otro tipo de enfermedad en la cual la dependencia se va agravando a un ritmo inferior.

Así, en el caso de las patologías cerebrovasculares, de una media de 7,25 años de dependencia, la vida

en el domicilio, con o sin ayuda familiar, es de 4,85 años y en centros de internamiento, de 2,4 años, lo cual refleja que una tercera parte de la vida con dependencia se la pasa en un centro de internamiento (Tabla 1 y Figura 1); mientras que en las patologías de las demencias seniles se nota una menor propensión al recurso del "internamiento", de un promedio de 8 años de dependencia, la persona permanece en el domicilio 5,78 años y 2,22 en el centro de internamiento, lo cual refleja que una cuarta parte de la vida con dependencia estará en un centro de internamiento (Tabla 2 y Figura 1).

A la vista de los resultados, se puede estimar que, en los primeros años de la enfermedad, la persona permanece en su casa pero, cuando la enfermedad se agrava o se repiten las fases agudas de la misma, la dependencia se vuelve severa de forma acelerada y ya no es suficiente el apoyo externo de la ayuda domiciliaria, con lo cual el paciente requiere ser internado.

La aparición de la ayuda a domicilio no excluye que pueda darse, también, la ayuda familiar; no obstante, en las fichas de recogida de los datos no se hacía mención expresa a si el hecho de utilizar un servicio "externo", como puede ser la ayuda a domicilio, su-

ponía la exclusión total de la ayuda familiar; así, se ha considerado que algún tiempo de la vida en el domicilio ha recibido "soporte externo o informal". Asimismo, los centros de día se han considerado como un servicio de prevención del internamiento.

En los años de vida en el domicilio concurren servicios que ayudan a paliar la dependencia como son la ayuda domiciliaria y los centros de día siendo, no obstante, un consumo muy poco importante comparado con el consumo en centros cerrados. Así, el consumo de ayuda a domicilio oscila entre medio año (4,8 meses) y un año y medio (1,60 años) y, no llega al año cuando se trata de centros de día (de 3 meses a 7,5 meses) para las patologías cerebrovasculares y de demencia senil respectivamente (Tablas 1 y 2).

En cuanto a los servicios puntuales sanitarios, las patologías cerebrovasculares consumen más servicios sanitarios que los del grupo de demencia senil. Así, en las patologías cerebrovasculares resulta una media de 5,9 visitas al año en el hospital de agudos; 2,03 días al año en las unidades de media estancia; 1,72 días al año en los hospitales de día, 6,28 visitas al año de atención primaria y 1,13 visitas de atención sanitaria domiciliaria (Tabla 3). En cuanto a las patologías de demencia senil la media en hospital de agudos es de 3 días al año (casi la mitad que en el caso anterior); en visitas de atención primaria, de 6,53 visitas al año; y en atención sanitaria domiciliaria, de 5,8 visitas al año. Como se puede apreciar, no se detecta consumo en hospitales de día o en unidades de media estancia (Tabla 4).

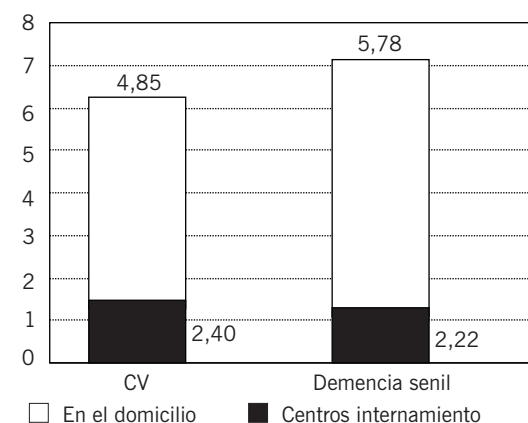
El hecho de que en los casos de demencia senil se detecta un menor consumo de servicios puntuales sanitarios que en los casos de patología cerebrovascular parece lógico debido a que las dependencias psíquicas requieren un mayor grado de cuidados personales que de cuidados sanitarios.

Tabla 1.  
Duración del consumo de los servicios continuados en patologías cerebrovasculares

Tipo de ayuda	Nº años/individuo	
En el domicilio	4,85 (67%)	
Ayuda domiciliaria*		0,40
Centros de día**		0,31
Centros internamiento	2,40 (33%)	
Total años	7,25	

\*Promedio de 15 horas a la semana; \*\*Atención 220 días al año

Figura 1.  
Consumo de servicios en patologías CV y demencia senil (número de años)



## El gasto de los servicios sanitarios y sociales de la dependencia

El gasto de la dependencia debe ser considerado de forma global, ya que el buen o mal funcionamiento de los servicios de la red social influirá en el gasto de los servicios sanitarios y viceversa, las disfunciones en el sistema sanitario revertirán en el sistema de atención personal. Así, el mal funcionamiento de la red social provoca estancias innecesarias en los hospitales y, a su vez, el mal funcionamiento del sistema sanitario puede provocar internamientos evitables.

Los recursos sanitarios y sociales que utilizan las personas se componen, además del consumo de servicios, de otros recursos como son los productos farmacéuticos y las ayudas técnicas, entre otros. Si consideramos solo el gasto en servicios sanitarios y sociales este se sitúa en 1.500 miles de pts (9,01 miles de euros) por individuo y año, aproximadamente, mientras que si consideramos incluido el gasto farmacéutico, el gasto individuo/año se sitúa en 1.600 miles de pts (9,62 miles de euros).

La estructura del gasto global de los recursos sanitarios y sociales se compone de un 33% en servicios sanitarios, un 60% en servicios sociales, un 6% en productos farmacéuticos y alrededor de un 1% en ayudas técnicas (Tabla 5 y Figura 2).

Tal como vemos en la Tabla 5, el gasto monetario (en pts. de 1998 y su equivalencia en euros) de los recursos sanitarios y sociales consumidos por una persona mayor dependiente lo sitúa en 1.608 miles pts./año (9,67 miles de euros/año), aproximadamente. Dicho importe se desglosa en 534.614 pts. (3.213,09 euros) para el gasto en servicios sanitarios, 965.273 pts. (5.801,41 euros) en servicios sociales, 99.048 pts. (595,29 euros) en farmacia y 9.802 pts. (58,91 euros) en ayudas técnicas. Es posible que el gasto en farmacia esté infravalorado, ya que el gasto en productos farmacéuticos no está discriminado por niveles de dependencia, lo cual sitúa la media en un nivel inferior.

Pero, ¿cuánto más gasto representa el consumo de recursos sanitarios y sociales de una persona mayor dependiente respecto a una "no dependiente"?

A falta de estudios específicos sobre el coste de la "no dependencia" en las personas mayores desde una perspectiva global de recursos sanitarios y sociales, se estimó el coste de los usuarios en la "fase de no dependencia" no pudiendo, por tanto, discernirse cuál es la parte del gasto causada solo por la edad, y cuál es la parte del gasto debida a enfermedades crónicas previas a la fase de la dependencia.

Así, el gasto en la "fase de no dependencia" se aprecia que está compuesto mayoritariamente de consumo de "servicios sanitarios puntuales", como hospital de agudos, unidad de media estancia, hospital de día, atención primaria y, en cuanto a servicios sociales, se constató la utilización de ayuda a domicilio y, en un porcentaje pequeño, figura el consumo de residencias sociales.

Si comparamos el gasto en servicios sanitarios y sociales en la "fase de no dependencia" de una persona mayor, el cual se cifra alrededor de 150.000 pts/año (901,52 euros/año), con el gasto medio de esas personas en la fase de dependencia, que es de

Tipo de ayuda	Nº años/individuo
Permanencia en el domicilio	5,78 (72%)
Ayuda domiciliaria*	1,60
Centros de día**	0,62
Centros cerrados	2,22 (28%)
Total años	8,00

\*Promedio de 15 horas a la semana; \*\*Atención 220 días al año

Tipo de ayuda	Nº unidades/individuo (año)
Hospital de agudos	5,90 días
Hospital de día	1,72 días
Unidades de media estancia	2,03 días
Atención primaria	6,28 visitas
At. Sanitaria domiciliaria	1,13 visitas

Tipo de ayuda	Nº unidades / individuo (año)
Hospital de agudos	3,00 días
Atención primaria	6,53 visitas
At. Sanitaria domiciliaria	5,8 visitas

Tipo de ayuda	Miles Pts/año	Miles de euros/año	%
Servicios sanitarios	534	3,21	33
Servicios sociales	965	5,80	60
Farmacia	99	0,60	6
Ayudas técnicas	10	0,06	1
Total gasto	1.608	9,67	100

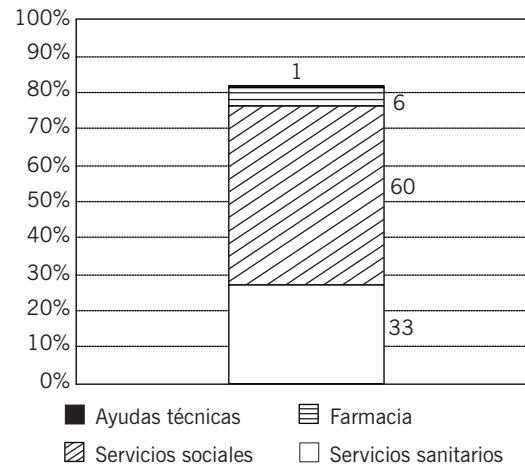


Tabla 2. Duración de consumo de los servicios continuados en la demencia senil

Tabla 3. Intensidad de los servicios sanitarios en patologías cerebrovasculares

Tabla 4. Intensidad del consumo de los servicios sanitarios en la demencia senil

Tabla 5. Gasto en recursos sanitarios y sociales de una persona mayor dependiente

Figura 2. Gasto en recursos sanitarios y sociales de una persona mayor dependiente (%)

1.500.000 pts./año (9.015,18 euros/año), deducimos que una persona mayor dependiente conlleva un gasto sanitario y social 10 veces mayor que una persona mayor no dependiente.

### ***El gasto en farmacia***

El gasto en farmacia de los pensionistas contrasta de forma importante con el gasto en farmacia realizado por la población no pensionista (niños y adultos no pensionistas); así, el gasto de los pensionistas resulta de un promedio anual de 99 miles de pts. (595 euros) por beneficiario, lo que equivale a 8.300 pts. (49,88 euros) al mes, mientras que el gasto de un "no pensionista" es de casi 8 mil pts. (48,08 euros) al año, lo que supone unas 650 pts. (3,91 euros) al mes. Así pues, el gasto en farmacia de un pensionista es casi 13 veces mayor que el gasto de un "no pensionista".

Este importante gasto en farmacia de los pensionistas está contrastado con otro indicador, como es el promedio de recetas por pensionista, el cual resulta ser de 4 recetas al mes (48,57 recetas al año); esto supone que los pensionistas reciben un promedio de una receta por semana. Asimismo, este dato contrasta con el de una persona "no pensionista", quien recibe, como promedio, media receta al mes (5,71 recetas al año).

Otro indicador relevante del gasto farmacéutico es el del gasto medio por receta, el cual resulta en un gasto medio por pensionista de 2.039 pts. (12,25 euros) por receta; este dato también contrasta con el obtenido por el colectivo de "no pensionistas"; así, el gasto por receta de los "no pensionistas" es de 1.634 pts. (9,82 euros). En la Tabla 6 se muestra el conjunto de indicadores farmacéuticos.

Dichas cifras ponen de relieve el importante gasto en productos farmacéuticos que se realiza en nuestro país, especialmente por parte del colectivo de pensionistas.

### **Los costes por niveles de dependencia**

El nivel de dependencia es un factor determinante en el gasto de los recursos sociosanitarios, ya que se consumen diversos tipos de recursos y la intensidad en el consumo es distinta según el grado de dependencia y, por lo tanto, el coste es diferente.

El gasto medio por niveles de dependencia muestra una gradación a medida que se incrementa el grado de dependencia. El paso del nivel 1 al nivel 3 repre-

senta multiplicar por casi tres y medio el gasto medio en servicios sanitarios y sociales causados por personas mayores con procesos invalidantes.

Teniendo en cuenta que el gasto medio anual en servicios sanitarios y sociales de una persona mayor dependiente es de 1.500 miles de pts. del año 1998 (9,01 miles de euros), al discriminar el gasto por niveles de dependencia resulta ser de 695 miles de pts. (4,18 miles de euros) para el nivel 1, de 1.436 miles de pts. (8,63 miles de euros) para el nivel 2 y de 2.390 pts. (14,36 miles de euros) para el nivel 3 (Tabla 7a y 7b y Figura 3).

El concepto de multiplicadores del gasto nos ayuda a comprender los incrementos de gasto que se producen al pasar de un nivel a otro de dependencia. Tabla 8. Así, pasar del nivel 1 al nivel 3 significa triplicar el gasto en servicios sanitarios y sociales (3,44).

Así pues, de las cifras se deduce que se produce un mayor incremento del gasto al pasar del nivel 1 al nivel 2 (en total, 2,07), que al pasar del nivel 2 al nivel 3 (en total, 1,66). Este mayor incremento parece deberse a que en el nivel 2 de dependencia ha habido un incremento importante del consumo de servicios sociales.

En cuanto al ranking del gasto por las agrupaciones de tipologías de servicios, se va a observar cómo evolucionan los distintos tipos de servicios con el nivel de dependencia (Tabla 9 y Figura 4).

Como puede verse en el Cuadro nº 9, la tendencia más clara es el incremento sostenido de servicios de internamiento, como son las residencias sociales y unidades de larga estancia. Así, mientras que el nivel 1 de dependencia representa el 53% del gasto medio total, el nivel 2 representa el 56% y el nivel 3, el 66%.

Para los servicios de atención puntual sanitaria, como son los hospitales de agudos y unidades de media estancia, se observa un mantenimiento de su peso respecto al total en los niveles 1 y 2 y un retroceso al pasar al nivel 3 de dependencia, en favor de los servicios residenciales.

En cuanto a los servicios de día (centros de día y hospitales de día), se observa una ligera tendencia continuada creciente, a medida que incrementa el nivel de dependencia. Esto es debido (en este estudio) al aumento de utilización de centros de día psicogeriátricos, pudiéndose considerar estos servicios como sustitutivos a los centros residenciales.

En cuanto a la atención primaria, incluida la atención sanitaria domiciliaria, el porcentaje respecto al total, ya de por sí reducido, muestra una tendencia

constante a la baja, a medida que incrementa el nivel de consumo en centros de internamientos (residencias y unidades de larga estancia).

Así, a medida que avanza el nivel de dependencia, el gasto se incrementa, cada vez más, en centros de internamiento -suponiendo más del 50% respecto al importe total- y disminuye, prácticamente, en los restantes servicios.

### Conclusiones

El gasto sanitario y social asociado al envejecimiento está condicionado a variables, como el aumento de la esperanza de vida, el número de personas que sufren discapacidades, la expectativa de años de vida con procesos invalidantes, el tipo de recursos sanitarios y sociales utilizados por dichas personas, así como la frecuencia e intensidad en el consumo de dichos recursos.

En el contexto del estudio de casos sobre los costes asociados a la dependencia se ponen de manifiesto los siguientes resultados:

El promedio de años de dependencia estimados para una persona mayor está entre 7 y 8 años, concentrándose en dicho periodo el 90% del consumo de los recursos sanitarios y sociales, lo que implica que un 19,3% de la población mayor pasa el último tercio de vida en estado de dependencia física o psíquica y genera un gasto 10 veces mayor que la misma persona en la fase de "no dependencia".

Los itinerarios y la intensidad de los servicios consumidos dependen del tipo de enfermedad de que se trate, ya que en algunas enfermedades la dependencia se vuelve severa en poco tiempo y, por lo tanto, el grado de permanencia del paciente en su domicilio es inferior a otros tipos de enfermedades en las que la dependencia se va agravando a un ritmo inferior.

Uno de los factores más importantes del gasto es el consumo de centros de internamiento con una duración, aproximada, de una tercera parte del tiempo en que el usuario es dependiente (de 2,2 a 2,4 años).

En los años de permanencia en el domicilio concurren servicios que contribuyen a paliar la dependencia y reforzar o sustituir el soporte familiar -ayuda a domicilio y centros de día-, aunque estos servicios representan un peso "muy" reducido con relación al consumo de centros de internamiento. Así, el consumo de ayuda a domicilio oscila entre medio año (4,8 meses) y un año y medio (1,60 años) y no llega al año cuando se trata de centros de día (de 3 meses a

	Pensionista	Activo
Gasto/individuo (pts mes)	8.254	649
Gasto/individuo (euros mes)	49,61	3,90
Gasto/receta (pts)	2.039	1.364
Gasto/receta (euros)	12,25	8,20
Promedio recetas/mes	4,04	0,47

Tabla 6. Indicadores del gasto en farmacia

	Dependencias		
	Nivel 1 (Miles de pts.)	Nivel 2 (Miles de pts.)	Nivel 3 (Miles de pts.)
Servicios sanitarios	266	447	718
Servicios sociales	428	989	1.671
Total	694	1.436	2.389

Tabla 7a. Gasto medio en servicios sanitarios y sociales por niveles de dependencia (en miles de pts.)

	Dependencias		
	Nivel 1 (Miles de euros)	Nivel 2 (Miles de euros)	Nivel 3 (Miles de euros)
Servicios sanitarios	1,60	2,69	4,32
Servicios sociales	2,57	5,94	10,04
Total	4,17	8,63	14,36

Tabla 7b. Gasto medio en servicios sanitarios y sociales por niveles de dependencia (en miles de euros)

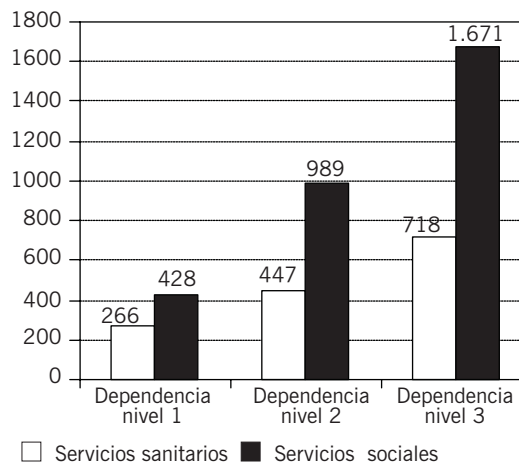


Figura 3. Gasto medio en servicios sanitarios y sociales por niveles de dependencia (en miles de pts.)

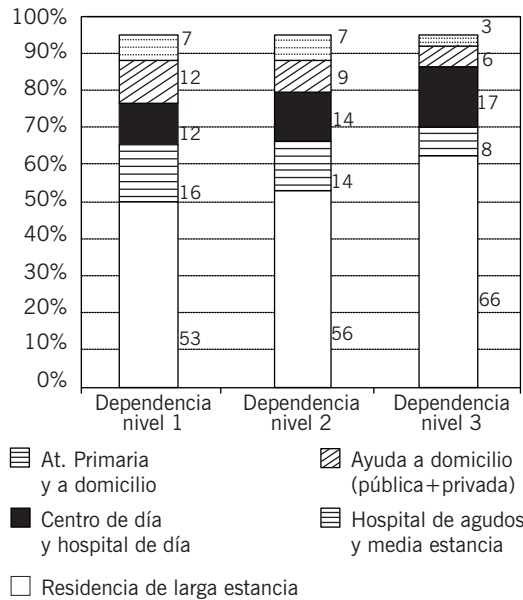
Tabla 8.  
Multiplicadores del gasto por niveles de dependencia

	Dependencias		
	Del nivel 1 al nivel 2	Del nivel 2 al nivel 3	Del nivel 1 al nivel 3
Servicios sanitarios	1,68	1,61	2,70
Servicios sociales	2,31	1,69	3,90
Total	2,07	1,66	3,44

Tabla 9.  
Ranking del gasto de los servicios sanitarios y sociales por niveles de dependencia

	Dependencias		
	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3
Residencias y larga estancia	53	56	66
Hospital de agudos y media estancia	16	14	8
Centro de día y hospital de día	12	14	17
Ayuda a domicilio (pública+privada)	12	9	6
At. Primaria y a domicilio	7	7	3
Total	100	100	100

Figura 4.  
Ranking del gasto sanitario por niveles de dependencia (%)



7,5 meses) para las patologías cerebrovasculares y de demencia senil, respectivamente

El gasto medio por individuo y año en servicios sanitarios y sociales se cifra en 1.500 miles de pts. (9,01 mil euros) y, si se incluye el gasto en farmacia y ayudas técnicas, éste se eleva a 1.608 miles de pts. (9,66 mil euros). El gasto discriminado por niveles de dependencia muestra una progresión a crecer a medida que se incrementa el grado de dependencia debido, principalmente, al mayor consumo de servicios en centros de internamiento. El paso del nivel 1 al nivel 2 significa duplicarlo (2,07), mientras que el paso del nivel 1 al nivel 3 de dependencia supone triplicar (3,44) el gasto medio,

El envejecimiento como tal no es el factor más relevante en el gasto sanitario y social de las personas mayores, sino que el gasto está asociado a las enfermedades que generan dependencia y especialmente, al consumo en centros de internamiento cuando la dependencia se vuelve severa. Así pues, la magnitud del gasto sanitario y social está condicionado a los perfiles de salud de las personas mayores. Si en un futuro próximo mejoran las condiciones de salud y disminuye el número de personas dependientes, en un mismo escenario de evolución demográfica, el gasto sanitario y social verá corregida su trayectoria de incremento continuado, al mismo tiempo que se incrementará la calidad de vida de los mayores (mayor número de años sin dependencias).

## Bibliografía

1. Frienda LP, Guralnick JM. Disability in Older Adults Evidence regarding Significance. Etiology and Risk. *J Am Geriatr Soc* 1997;100:45-92.
2. Guccione AA. Arthritis and the process of disablement. *Phys Ther May* 1994;74(5):408-14
3. Rodríguez Cabrero G, Montserrat J. Los modelos de atención sociosanitaria: Una aproximación a los costes de la dependencia. Madrid: MTAS, 2001. (En proceso de publicación).
4. Gutterman E M, Markowitz J, Lewis B, et al. Cost of Alzheimer disease and related dementia in managed-care. *J Am Geriatr Soc* 1999;47:1065-71.
5. Rodríguez P. Cuidados en la vejez, la necesaria convergencia entre los recursos formales y el apoyo informal. Jornada para una vejez activa. Fundación Caja Madrid. 1995.

## Bibliografía recomendada

- Abellán A. El consumo farmacéutico entre los mayores. *Rev Mult Gerontol* 2000;10(1): 50-2.

- Bebbington A, Davis B. Efficient targeting of community care: the case of the home help services. *Journal of Social Services* 1993;(22).
- Bebbington A, Bone M. Health life expectancy and long term care. Discussion paper 1998 (1426). University of Kent.
- Callahan Ch M, Stump T, *et al.* Cost of Health Care for Community of Older Adults in an Urban Academic Healthcare System. *J Am Geriatr Soc* 1998;(46): 1371-7.
- Cattin L, Bordin P, Fonda M, *et al.* Factors associated with cognitive impairment among older Italian inpatients. *J Am Geriatr Soc* 1997;(45):1324-30.
- Defensor del Pueblo: La atención sociosanitaria en España: Perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos. Informes, estudios y documentos del Defensor de Pueblo. Madrid 2000.
- Varela J, Castells X, Riu M, *et al.* El impacto del envejecimiento sobre la casuística del hospital. *Gaceta sanitaria* 2000;14(3):203-9.