

XXX CONGRESO ARGENTINO DE PROFESORES
UNIVERSITARIOS DE COSTOS

INDICADORES CUALITATIVOS Y CUANTITATIVOS PARA LA
GESTIÓN DE ENTIDADES SANITARIAS

Autores: Mg. Sandra Canale de Decoud (Socio Activo)
Srta. Angeles Valderrama (Socio Adherente)

Santa Fe, Octubre de 2007

ÍNDICE

Resumen.....	Pág. 02
1. Introducción.....	Pág. 03
2. Sistemas de Información para entidades orientadas a pacientes de la tercera edad.....	Pág. 05
3. Indicadores asociados a Calidad.....	Pág. 07
4. Indicadores de costos.....	Pág. 11
5. Conclusiones.....	Pág. 14
Bibliografía.....	Pág. 16

INDICADORES CUALITATIVOS Y CUANTITATIVOS PARA LA GESTIÓN DE ENTIDADES SANITARIAS

RESUMEN

El envejecimiento poblacional plantea el desafío de nuevas alternativas prestacionales de costos accesibles para los ancianos con deterioro cognitivo y sus familias.

Los Centros de día Neurogeriátricos (CDNG) brindan servicios para estos pacientes y ayudan a disminuir el Síndrome de Sobrecarga del Cuidador que padecen los familiares cuidadores. Con el objetivo de analizar el impacto en la calidad de vida de los pacientes y sus familiares de estos Centros, se trabajó con un caso de estudio: CDNG "Portal de España" de la ciudad de Santa Fe, Argentina. Allí se administraron encuestas a los familiares y se estudió la evolución de los aspectos cognitivos y funcionales de los concurrentes, observándose en ambos casos un resultado benéfico luego de la participación en el CDNG.

Utilizando los análisis cognitivos y funcionales de los concurrentes, que se realizan en el Centro, se propuso un Sistema de Clasificación de Pacientes con la intención de determinar los costos de cada Grupo de Pacientes del CDNG.

Palabras Claves: Agrupaciones de Pacientes para la Determinación de Costos en Salud. Evaluación de Calidad

“El aumento de la esperanza de vida, que se manifiesta a partir de la segunda mitad del siglo pasado en el mundo industrializado y semiindustrializado, se puede decir que es un logro para las ciencias y un avance para la humanidad. Sin embargo, en algunos países y en algunos estratos sociales, el aumento de la longevidad puede transformarse en una amenaza para las personas y un problema para el conjunto de la sociedad.”¹

1. INTRODUCCIÓN

El aumento del número de personas mayores en los países desarrollados constituye un fenómeno único en la historia de la humanidad, hasta el punto que este hecho se ha transformado en una de las características sobresalientes del siglo XX. Según un informe de la ONU del año 1984, en 1950 había en el mundo 200 millones de ancianos y para el 2025 se espera que el número supere los 1.100 millones.

Nuestro país no es ajeno al envejecimiento poblacional. De acuerdo a los datos del Boletín Informativo de la II Asamblea Mundial de Naciones Unidas sobre el Envejecimiento del año 2000, en dicho año, en Argentina, el número de personas mayores de 60 años era de 4.936.397 y se estima que para el 2025 ese número ascienda a 7.846.790.

El envejecimiento es un hecho universal que afecta a todas las sociedades y frente al cual se deben adoptar estrategias individuales y sociales.

En el mundo altamente envejecido de los países industrializados, grandes proporciones de ancianos durante décadas consideraron que disfrutaban de los mejores años de su vida, ya que disponían de elevados haberes jubilatorios y excelentes coberturas sociales. Sin embargo este “Estado de Bienestar” se halla en crisis debido al aumento de las demandas sociales y a la limitación de los recursos para atenderlas, planteándose la necesidad de buscar vías alternativas con la participación de todos los sectores. En los países en vía de desarrollo el problema es aún mayor.

Ante la búsqueda de respuestas válidas a la problemática, se plantea la tradicional disociación entre economía y salud, no obstante, en las últimas décadas se ha comenzado a lograr un provechoso acercamiento entre ambas disciplinas. De este modo se consideró la posibilidad de realizar una investigación orientada a contribuir en el sistema de información económica para la gestión de entidades sanitarias que brindan servicios al sector de la tercera edad.

Delimitación del Problema

Una vez establecida el área de la investigación y ante el conocimiento que existen una gran diversidad de organizaciones que actúan como red de contención en el sector seleccionado, se realizó un relevamiento bibliográfico con el objetivo de caracterizar la oferta de servicios para los adultos mayores. Siguiendo a Valderrama, Hugo (1999) se adopta la siguiente clasificación:

1. Los que permiten alentar una vejez activa y que se apoyan en recursos propios del individuo: Atención por médicos geriatras, para la prevención de las enfermedades

¹ Asamblea Mundial de Naciones Unidas sobre el Envejecimiento. Boletín Informativo. Edición especial por la ocasión de la II Asamblea Mundial de Naciones Unidas sobre el Envejecimiento.

y promoción de la salud (médicos especialistas); programas médico – preventivos; cursos para el autocuidado y de reflexión sobre el significado de la vejez; grupos de autoayuda (diabéticos, enfermos de cáncer), universidades de Adultos Mayores, planes de preparación para la jubilación, clubes para la tercera edad, turismo para la salud y la recreación

2. Los que tratan la enfermedad aguda: hospitales; sanatorios; servicios de geriatría de agudos; internación domiciliaria

3. Los dirigidos a personas con discapacidades que viven solas, a fin de mantener su autonomía: Centros de día; hospitales de día, cuidadores domiciliarios, teleasistencia; asesoramiento para la mejora de la vivienda; servicios a domicilio (comidas, lavandería, trámites, pequeñas reparaciones, etc.)

4. Los servicios destinados a personas mayores dependientes que residen con sus familiares: Centros de día; hospitales de día; cuidadores domiciliarios; asesoramiento para la mejora de la vivienda; servicios a domicilio (comidas, lavandería, trámites, pequeñas reparaciones, etc.); **Centro de día Neurogeriátrico**

5. Los servicios destinados a personas mayores dependientes que por diversas causas no pueden residir con sus familiares: establecimientos Geriátricos; establecimientos Neurogeriátricos

Entre las diversas figuras mencionadas, los Centros de Día emergen en las últimas décadas como una alternativa novedosa e innovadora respecto a la institucionalización permanente (geriátricos). Por este motivo se decidió investigarlos de manera específica, habiéndose focalizado el estudio en un tipo especial: los Centros de Día Neurogeriátricos (CNDG), que brindan atención a pacientes de la tercera edad con alteraciones cognitivas y demencias.

Los motivos por los cuales se recortó el estudio en los CDNG, radican en el hecho que a raíz del envejecimiento poblacional, las alteraciones cognitivas y las demencias, provocadas principalmente por la Enfermedad de Alzheimer², se han transformado en una importante amenaza sociosanitaria. Afectan aproximadamente al 5% de los adultos mayores de 65 años y al 20% de los mayores de 85, generando repercusiones sobre los pacientes y sus cuidadores familiares y promoviendo, en la búsqueda de frenar y contener el problema, un consumo importante de recursos y enormes gastos en los sistemas de salud.

Por otro lado, los CNDG son sistemas de atención para la tercera edad que intentan brindar soluciones a las necesidades mencionadas y crecen permanentemente en popularidad a partir su puesta en práctica en la ciudad de Oxford (1958). En nuestro país el primero se creó en 1978 en la ciudad de Buenos Aires y en la ciudad de Santa Fe en el 2002. Entre los objetivos que persiguen estas organizaciones se pueden citar: ***disminuir la internación sanatorial y la institucionalización en geriátricos, evitar el desarraigo familiar del anciano, contener el desborde familiar y el “síndrome de sobrecarga del cuidador”, facilitar las altas sanatoriales, promover la reinserción social del paciente, facilitar la recuperación funcional, promover la disminución del consumo de fármacos, etc.***

En otro orden, de acuerdo a las estadísticas nacionales la mayor parte de los pacientes con las alteraciones mencionadas anteriormente se encuentran en sus

² Es una enfermedad de causa desconocida, en la cual se produce un proceso degenerativo del sistema nervioso central, caracterizado por un deterioro progresivo de las funciones intelectuales.

domicilios, siendo la familia la principal responsable de prestar al menos el 80% de los cuidados domiciliarios. Esto último evidencia la necesidad de brindar servicios al paciente de la tercera edad y a las familias que actúan como marco de contención. Por la modalidad de actuación de estos Centros, es posible que el anciano reciba cuidados y/o estimulación durante algunas horas del día y a su vez comparta el resto de la jornada con su familia. De este modo, se evita el desarraigo familiar innecesario y se disminuye el tiempo de atención que el cuidador familiar dispensa al enfermo, tratando de promover –al mismo tiempo- actividades que retarden el proceso de deterioro cognitivo y la reinserción social del paciente.

La investigación persiguió como objetivo central hallar indicadores que sean útiles para la gestión de las organizaciones objeto de estudio, basándose en dos pilares fundamentales:

1.- Gestión de costos

2.- Gestión de calidad

Se utilizó información secundaria (bibliografía e investigaciones sobre el tema) y se trabajó con un caso de estudio: Centro de Día Neurogeriátrico “Portal de España” de la ciudad de Santa Fe, Argentina.

2. SISTEMAS DE INFORMACIÓN PARA ENTIDADES SANITARIAS ORIENTADAS A PACIENTES DE LA TERCERA EDAD

En el diseño del sistema de información de cualquier tipo de organización resulta vital que a priori se tenga claramente establecido cual es el out-put o producto final. Por este motivo, las autoras de este trabajo consideran que la enunciación de la misión de las entidades sanitarias bajo análisis es un punto de partida que no puede obviarse y la definen como el restablecimiento, el mantenimiento, la mejora y/o la prevención de la salud y de la calidad de vida de pacientes de la tercera edad con alteraciones cognitivas.

Es indudable que el tema que nos ocupa es de una gran trascendencia y sensibilidad, lo que en muchas ocasiones ha opacado la intervención de los especialistas en Ciencias Económicas. Sin embargo, es importante enfatizar que la adecuada gestión económica-financiera posibilita el sostenimiento y el crecimiento de organizaciones que satisfacen necesidades prioritarias en salud. Uno de los indicadores que por excelencia se incluyen en un tablero de control es el de rentabilidad, consecuentemente, el estudio de los costos, una de las variables importantes que intervienen en su cálculo, resulta fundamental.

No obstante, no debemos perder de vista que el fin último de cualquier organización sanitaria está vinculado a los niveles de salud y a la calidad de vida de la población. Consecuentemente, la rentabilidad es sólo un parámetro que se debe vincular y relacionar con otras medidas que permitan evaluar el impacto en el mantenimiento y/o mejora en la salud y la calidad de vida de la población. Es importante considerar que en la práctica no resulta fácil realizar estas mediciones, motivo por el cual los sistemas de información económica de las organizaciones sanitarias generalmente trabajan basándose en unidades de análisis intermedias (consultas, días de internación, etc.).

Las medidas intermedias permiten evaluar la eficiencia técnica y económica - puesto que apuntan a analizar si se efectúa la mejor asignación de los insumos según las diversas alternativas planteadas para el logro de los objetivos organizacionales- pero no

aportan información sobre la eficacia social. Por lo tanto, generalmente se carece de una perspectiva que realice una mirada sobre la satisfacción de las necesidades de los usuarios.

En este punto, es donde se plantea que limitarse en una propuesta de un sistema de información que brinde solo resultados cuantitativos vinculados al establecimiento de los costos monetarios resulta limitado e insuficiente, siendo necesario que el mismo se vincule con otras medidas que permitan tomar dimensión sobre el impacto en los niveles de salud y calidad de vida de los usuarios.

Si bien, tal como lo expresan Pineault, R. y Devaluy, C. (1995), de modo tradicional se han utilizado indicadores relacionados con la mortalidad y morbilidad, medidas negativas de la salud, en las últimas décadas se ha comenzado a reconocer la necesidad de incorporar medidas positivas vinculadas al estado de bienestar (ganancias en capacidad funcional, calidad de vida, años de vida, etc.).

De hecho existen distintos estudios sobre valoración en salud, los cuales establecen medidas diversas. Las primeras exploraciones de evaluación económica tendían a relacionar el beneficio de la inversión en salud con el aumento de la productividad de los pacientes. Esta medida resultaría suficiente si las necesidades de la comunidad sólo estuvieran puestas en el incremento de riqueza, es decir, si lo único que les interesara a los individuos fuera la repercusión en los ingresos futuros que pueden obtener a través del mantenimiento o mejora de la salud y el impacto de la misma sobre su productividad. Sin embargo no todas las sociedades tienen las mismas predilecciones, por lo tanto se hace necesario incorporar otras pautas relacionadas con la disminución de la mortalidad, el impacto en el aumento de la esperanza de vida y en la calidad de vida de los individuos. En este sentido los estudios costo-efectividad pretenden introducir en sus análisis nuevos parámetros. Ortún-Rubio, V. y otros (2001) expresan "...la evaluación económica debe considerar como beneficio sanitario la ganancia en la salud y esto requiere medir la efectividad de los programas y de los tratamientos sanitarios".

Los análisis costo-efectividad relacionan ambas variables del programa o tratamiento, por un lado el costo y por otro la efectividad, medida a través de la cantidad o calidad de vida. Expresado de esta manera parece sencillo, sin embargo no podemos ignorar que en el momento de medir la efectividad en la prolongación o en la calidad de vida nos hallamos frente a una situación con un grado de dificultad importante y con una gran carga de subjetividad. Estos estudios habitualmente se aplican a nivel macro, siendo necesario que estas herramientas comiencen a aproximarse en la gestión individual de las organizaciones.

Es importante considerar que existen una serie de limitaciones que evidencian que no resulta sencillo prosperar en estas medidas del valor. En primera medida es fundamental que a la hora de hablar de calidad de vida tengamos presente la subjetividad que rodea a este concepto y se tengan en cuenta las diferencias individuales y sociales, puesto que estamos hablando del bienestar de las personas.

Se destaca también que, las medidas de la efectividad que se propongan necesitan apoyarse en información médica, para lo cual pueden existir distintas metodologías de investigación y diferentes maneras de encarar los estudios.

Sin embargo, existen estudios médicos realizados en la materia que pueden ser utilizados como punto de partida y con el ánimo de seguir avanzando en el conocimiento. Si bien es complicado, el esfuerzo que se realice en ese sentido seguramente redundará en beneficio de la sociedad y de sus integrantes

Por tanto, en los apartados siguientes trataremos de avanzar en indicadores que permitan evaluar los costos de las organizaciones bajo análisis y el impacto en la calidad de vida en los pacientes que acuden a las mismas.

3. INDICADORES ASOCIADOS A CALIDAD DE VIDA

3.1 Concepto de Calidad de Vida

Antes de pensar en el desarrollo de indicadores vinculados a la calidad de vida de los pacientes con alteraciones cognitivas, es necesario precisar que se entiende por Calidad de Vida.

De acuerdo con la Licenciada Gomez-Vela María Ángeles (2005), el interés por la Calidad de Vida (CV) ha existido desde hace mucho tiempo. Sin embargo, la aparición de este concepto como tal y la preocupación por su evaluación es relativamente reciente. La autora sugiere que la importancia de este término ha surgido en los últimos años y su fundamento se basa en dos hechos principales. El primero se relaciona con la conciencia adquirida respecto de la responsabilidad en relación con el medio ambiente y la ecología. El segundo de ellos se vincula con aspectos cualitativos que se preocupan por los aspectos de la existencia humana, la búsqueda del bienestar y de la felicidad.

En la época industrial, los índices de desarrollo y crecimiento económico de gran parte de Europa y de Estados Unidos crearon la ilusión de que lo fundamental para alcanzar el bienestar y la CV residía en elevar los niveles económicos y fundamentalmente los de satisfacción de las necesidades materiales. El indicador ingreso per cápita era suficiente y garantizaba la medición de la CV. La “buena vida” era identificada con el bienestar material y a su vez se consideraba una relación directa de la situación del Estado y la macroeconomía. Esta visión de la CV fue muy criticada y falseada tras varios trabajos de investigación que demostraron que la felicidad de las personas no sólo pasaban por la capacidad de satisfacer sus necesidades mediante el consumo. No podemos restar importancia la satisfacción de necesidades materiales a la hora de evaluar CV, pero tampoco, podemos reducirla a éste, teniendo en cuenta el carácter multidimensional que le atribuimos al concepto.

Felce y Perry (1995) encontraron diversos conceptos de CV y a tres conceptualizaciones que habían propuesto Borthwick-Duffy en 1992, añadieron una cuarta:

- CV como la satisfacción experimentada por las condiciones de vida.
- CV como satisfacción con la vida.
- CV como la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, CV definida como calidad de condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta.
- CV como combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.

Con esta última definición, Felce y Perry expresaron que la CV no sólo se refiere a factores subjetivos u objetivos, sino a ambos; donde el aspecto objetivo depende del individuo (utilización y aprovechamiento de sus potenciales en lo intelectual, emocional y creador) y de las circunstancias externas (estructura socioeconómica, cultural y política) que interactúan con él. Los factores subjetivos obedecen a la satisfacción del individuo, el

grado de realización de sus aspiraciones personales y por la percepción que él o la población tenga de sus condiciones globales de vida, lo que se traduce en sentimientos positivos o negativos.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la CV es: “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes”. Este concepto muy amplio está influido por la salud del individuo, su estado psicológico, su entorno, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.

Todo lo expresado con anterioridad indica que, cuando se habla de CV, no se puede dejar de lado las particularidades de cada individuo e ignorar la importante carga de subjetividad que tiene este concepto ya que se está hablando del bienestar de las personas.

Por otra parte, es importante tener en cuenta que la persona se encuentra sumergida en distintas redes sociales en las que existen juicios y valores. Por lo tanto, CV es un concepto relativo que depende de lo que cada grupo social defina como situación de bienestar y de lo que el individuo mismo cree que es bienestar.

Finalmente, también se debe considerar que la CV se encuentra influida por la historia, los valores culturales de la época en que vive el individuo y su consecuente forma de mirar el mundo, por lo que sería imposible unificar el concepto de CV a lo largo del tiempo.

De acuerdo con la opinión de la Licenciada Gómez-Vela María Ángeles (2005), en las Ciencias de la Salud los avances de la medicina han posibilitado prolongar notablemente la vida, generando un incremento importante de las enfermedades crónicas. Este hecho motivó a la aparición de un nuevo término: “Calidad de Vida Relacionada con la Salud”. El mismo se refiere a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad determinada o de la aplicación de un cierto tratamiento en diversos ámbitos de su vida, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social. Las autoras opinan que el objetivo de la atención en salud hoy en día se está orientando no sólo a la eliminación de la enfermedad, sino principalmente a la mejora de la CV del paciente.

La Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud establece que “El hecho de que la mayoría de los estudios evaluativos de calidad de vida se hayan desarrollado en el campo de la salud no es casual. La salud es considerada uno de los principales valores del hombre y es generalmente citada como uno de los determinantes más importantes de la calidad de vida total, repercutiendo en el resto de los elementos o valores presentes en la calidad de vida, a la vez que es un resultante de los cuidados o la atención a la salud.”³

Para algunos autores, los problemas físicos y de salud son los que se relacionan más fuertemente con la CV, ellos son los que propusieron la CVRS ya que creen que la Salud es el factor fundamental a la hora de hablar de CV. Otros señalan que tanto los problemas somáticos como los psicológicos afectan la CV por la estrecha relación entre ambos conceptos con la falta de satisfacción con la vida. Los que defienden la dimensión social, se encuentran más alejados del tema de la salud, y creen que las relaciones sociales son el factor que hacen a una “CV completa”.

³ Grau Avalo, Jorge. 1998.

El concepto, supone y engloba varios planos:

- Plano subjetivo: Cada ser humano tiene su concepto propio sobre la vida y sobre la calidad de vida, la felicidad.
- Plano universal: Las dimensiones de la calidad de vida –física, psicológica y social- son valores comunes en las diversas culturas.
- Plano holístico: La CV incluye todos los aspectos de la vida, repartidos en las tres dimensiones de la CV, según explica el modelo biopsicosocial. El ser humano es un todo.
- Plano dinámico: Dentro de cada persona, la calidad de vida cambia en periodos cortos de tiempo: unas veces somos más felices y otras menos.
- Interdependencia: Los aspectos o dimensiones de la vida están interrelacionados. Por ejemplo, si una persona se encuentra mal físicamente o está enferma, le repercute en los aspectos afectivos o psicológicos y sociales.

De acuerdo con Martín Zurro Armando (2003), durante la última década la CVRS se ha transformado en una importante medida del impacto de los cuidados médicos. Cada vez son más los profesionales que coinciden en que las variables médicas tradicionales son insuficientes mostrar una adecuada visión del efecto de la atención e intervención sanitarias. A ello se le suman las características de los problemas de salud y el importante desarrollo de nuevos productos farmacológicos y de tecnología sanitaria. Todos estos hechos han desarrollado el interés por el concepto y la medida de calidad de vida en el área de la salud. Por lo tanto, se podría afirmar que la atención se está centrando en **la calidad o valor del tiempo de la vida y no sólo en la cantidad de vida.**

3.2 Aportes para la Gestión

Las definiciones indagadas sobre “Calidad de Vida” dan cuentas que se trata de un concepto subjetivo y complejo. Abarca distintas dimensiones (física, psicológica y social) y es multifactorial, ya que dentro de cada dimensión se observa la dependencia a una gran diversidad de factores. Si bien se reconoce que las investigaciones tienen una gran riqueza cuando se abordan incluyendo la mayor cantidad de variables asociadas, las mismas resultan de suma complejidad. Por este motivo y considerando los recursos disponibles para este trabajo, se decidió recortar la investigación avanzando solamente sobre la dimensión física y social.

3.2.a) Dimensión Social: la influencia del entorno familiar.

Dentro de la dimensión social, se realizó una exploración con información secundaria, habiéndose detectado la existencia de numerosas variables de influencia sobre la calidad de vida de los pacientes. Se relevaron numerosas investigaciones previas, y se optó por seguir un informe realizado por la OMS en el año 1984 sobre Epidemiología en el Envejecimiento, en función del prestigio a nivel internacional de esta organización y de que las variables mencionadas en el mismo son de generalizada aceptación. Este estudio revela la existencia de siete factores de influencia, entre los cuales –en el plano social- se halla la **contención y actuación de la familia.**

Por otro lado, del análisis de estadísticas del sector de la tercera edad surge que la mayor proporción de los ancianos de nuestro país son asistidos por la familia. Es

importante considerar que, así como la familia es un factor de influencia en la calidad de vida del paciente, la atención de los ancianos con alteraciones mentales y cognitivas genera -en numerosos casos- el “Síndrome de Sobrecarga del Cuidador”⁴. De este modo cuando la mayor parte del cuidado recae en la familia, también se ve afectada la calidad de vida de la misma. Por todos los motivos expuestos anteriormente se seleccionó al grupo familiar como una variable de interés para analizar.

Por tanto, uno de los aportes concretos e importantes que se puede efectuar para la gestión de las organizaciones bajo estudio, es el reconocimiento de que el producto ampliado incluye, no solo a los pacientes, sino también a la familia. Esto último se constituye en un motivo de interés para analizar el grado de satisfacción del grupo familiar.

Para la medición de la satisfacción de la familia, se decidió estudiar la variación del Síndrome de Sobrecarga del Cuidador desde el ingreso del anciano al CDNG. La evaluación de este Síndrome se realiza a través de encuestas que han sido probadas en distintas investigaciones nacionales e internacionales. En el caso del Centro de Día Portal de España, se realizaron 33 encuestas a familiares cuidadores de los pacientes. Las mismas se completaron de forma anónima debido al contenido personal del cuestionario. Los resultados obtenidos evidenciaron un incremento de la sensación de bienestar y por tanto disminución del Síndrome de Sobrecarga de los cuidadores, a partir de que sus familiares ingresaron al Centro de Día.

En definitiva, los resultados de la encuesta confirmaron una de las fortalezas de los Centros de Día, **evitar el desarraigo familiar del anciano y contener el desborde familiar**. Sin duda alguna, esta información es vital para el posicionamiento de este tipo de organizaciones, puesto que brinda ayuda sobre aspectos relevantes que diferencian este servicio de otros que compiten con el mismo (institucionalización permanente, tratamientos farmacológicos, etc.).

Del mismo modo, la implementación permanente y con cierta frecuencia de las encuestas permite monitorear la satisfacción del grupo familiar. En el caso que los resultados no sean los esperados, será una luz, un llamado de atención para indagar e implementar las adecuaciones necesarias al servicio prestado.

3.2.b) Dimensión física

El estado físico es otra de las dimensiones que permite evaluar CV, dentro de la misma, se decidió trabajar con la valoración funcional y el estado físico de los pacientes, por dos motivos a saber: en primer lugar la valoración física y funcional permite a los profesionales médicos decidir procedimientos de actuación sobre los pacientes, colaborando de este modo en el proceso clínico. Esto es muy importante teniendo en cuenta que, si bien las entidades bajo estudio son muy complejas por la diversidad de acciones y operaciones que se realizan para atender al paciente, el accionar del profesional médico tiene un valor agregado especial, puesto que a partir de su intervención con el diagnóstico y sugerencia del tratamiento, comienzan a desencadenarse consumos adicionales.

⁴Consiste en un profundo desgaste emocional y físico que experimenta la persona que convive y cuida a un enfermo crónico incurable tal como el enfermo de Alzheimer. El cuidador que puede sufrirlo es aquel que llega a dedicarle casi todo su tiempo, y con estrategias pasivas e inadecuadas de resolución de problemas.

En segundo lugar, como se tuvo la posibilidad de acceder a estudios y test en la materia realizados en el Centro de Día objeto de estudio con una secuencia semestral, se consideró de interés analizar la evolución en el tiempo de estos pacientes, puesto que los resultados obtenidos permiten analizar si con las prácticas utilizadas se logra mantener la capacidad funcional y física de los pacientes y con ellos la calidad de vida.

Para interiorizar al lector, se hace una breve referencia sobre los objetivos de cada uno de los test que se practican en el CDNG y a los que se tuvo acceso para su análisis:

- Global Deterioration Scale (GDS) (Reisberg, 1982): Es la escala de valoración de la demencia más conocida. Describe siete estadios globales de demencia, desde la normalidad al deterioro grave.
- Mini Mental Statute Examination (MMSE) (Folstein, 1975): Es un instrumento estandarizado que se utiliza en la validación de las nuevas medidas cognitivas, está ampliamente considerado como uno de los test más válidos y fiables para demencia leve y moderada.
- Índice de Barthel (Barthel, 1955) Es la escala más utilizada internacionalmente para la valoración funcional de las Actividades de la Vida Diaria (AVD), como por ejemplo: comer, vestirse, deambular, etc. Su aplicación es especialmente útil en unidades de rehabilitación.

Las evaluaciones realizadas a los concurrentes del CDNG muestran los siguientes resultados: En todos los períodos las deficiencias tanto cognitivas como físicas no presentan cambios estadísticamente significativos, lo que puede ser interpretado como una ausencia de progresión o una estabilización de los síntomas. Teniendo en cuenta el avance progresivo del deterioro que produce la Enfermedad de Alzheimer se concluyó que **la participación en el CDNG promueve efectos benéficos en la salud de los concurrentes.**

En conclusión, tanto los ancianos como las familias, obtuvieron una mejora en la calidad de vida: el primer grupo, logró estabilizar el avance de la enfermedad a partir de su ingreso al CDNG y consiguió mejorar una de las variables que hacen al concepto de calidad de vida según la OMS: la relación con el grupo familiar. Asimismo, al estar el anciano está contenido por la Institución disminuyó el Síndrome de Sobrecarga que experimentaba en cuidador principal.

4- INDICADORES DE COSTOS

Para el análisis de costos es substancial definir adecuadamente la unidad de análisis. En este punto es importante señalar que en el ámbito sanitario existen posiciones doctrinarias encontradas a la hora de establecer el modelo de costos.

Por un lado, de modo tradicional se ha trabajado con modelos de costos orientados a los productos intermedios (consultas, días de internación, etc.) donde se procede a realizar un costeo global para la entidad asistencial en su conjunto. Esta visión más tradicional pone un énfasis especial en las funciones.

En las últimas décadas, ha surgido una línea de gestión que hace hincapié en los usuarios de los servicios sanitarios y en los procesos necesarios para su atención. Esta línea de gestión se apoya para el cálculo de los costos en agrupaciones o líneas de

pacientes, reconociendo que estos últimos pueden presentar diferencias sustanciales, consumiendo por ende diferentes recursos.

En esta investigación, se reconoce que en los CDNG hay diversidad de pacientes. Una de las características más importantes del producto es la gran heterogeneidad, consecuencia de factores biológicos como por ejemplo la etnia y edad; factores sociales como el nivel socioeconómico y la cultura; tiempos de curación y reacción de un mismo proceso, etc..

La variedad y número de productos del CDNG, hacen que sea poco útil, tanto desde el punto de vista médico como administrativo, la determinación de los costos por paciente. Por esta razón, surgió la necesidad de establecer grupos homogéneos, reducidos, manipulables y sobretodo cuantificables a través de un Sistema de Clasificación de Pacientes (SCP). Según García Altés, A. (2000) *“La estandarización de la tipología de los pacientes permite comparar centros o sistemas sanitarios a nivel de actividad realizada, calidad de atención o eficiencia en el uso de los recursos, que de otra manera no se podrían comparar dada la gran diversidad de los pacientes, al lugar de provisión del servicio, la duración de los cuidados, y la estructura administrativa, organizativa y financiera de los distintos centros de atención.”*

En la actualidad la gran mayoría de los SCP se limitan a los pacientes hospitalarios y los de más amplia difusión, como por ejemplo los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD), no incluyen el grado de deterioro del paciente, sólo se limitan a medir el consumo de los recursos (radiografías, análisis, etc.). Es importante considerar que para los pacientes de la tercera edad que necesitan internación de mediana y larga duración, las categorías anteriores no resultaban adecuadas, lo que dio origen a SCP para Centros de Mediana y Larga estancia, sin embargo hoy en día no existen SCP para CDNG. Es por este último motivo que se decidió crear un SCP adaptado que tenga en cuenta las características del producto de manera de que sea accesible la determinación de costos por categorías de pacientes.

Para la construcción del SCP se consideró que existen características específicas que determinan el tipo de usuario de los Centros de Día para personas mayores dependientes. De acuerdo a la descripción de Gil Montalvo, M. (1996) *“...en general, son personas con discapacidades leves o moderadas en sus aspectos cognitivos y/o físicos que no cuentan con apoyos por parte de la familia o que ocasionan graves problemas en la convivencia familiar, pero que sin embargo pueden convivir en la comunidad de concurrentes del CDNG y volver luego a sus hogares”.*

Teniendo en cuenta el análisis de las evaluaciones realizadas a los ancianos (GDS e Índice de Barthel), en la primera etapa de la investigación, diferenciamos “Grupos de pacientes” de acuerdo con distintos indicadores físico-mentales que caracterizan a los usuarios del CDNG.

Se tuvieron en cuenta tres planos para la confección de un SCP que permitiera agrupar los pacientes de acuerdo a sus características individuales: Necesidad de cuidados (Índice de Barthel), Deterioro cognitivo (GDS), Valoración Física (Necesidad de una Terapia Kinésica de los pacientes, la cual es determinada por especialistas del Centro). Cabe aclarar que sólo se incluyeron las categorías de los pacientes que pueden participar en este sistema de atención⁵.

⁵ El modelo propuesto surge de la investigación realizada por la Alumna Cientibecaria Valderrama, María de los Angeles, cuyos resultados fueron volcados en el Informe Final de Cientibecas año 2005-Inédito

A continuación mencionaremos los criterios de inclusión/exclusión del Centro de Día bajo estudio, ya que sobre ellos se basaron los distintos planos para la confección del SCP.

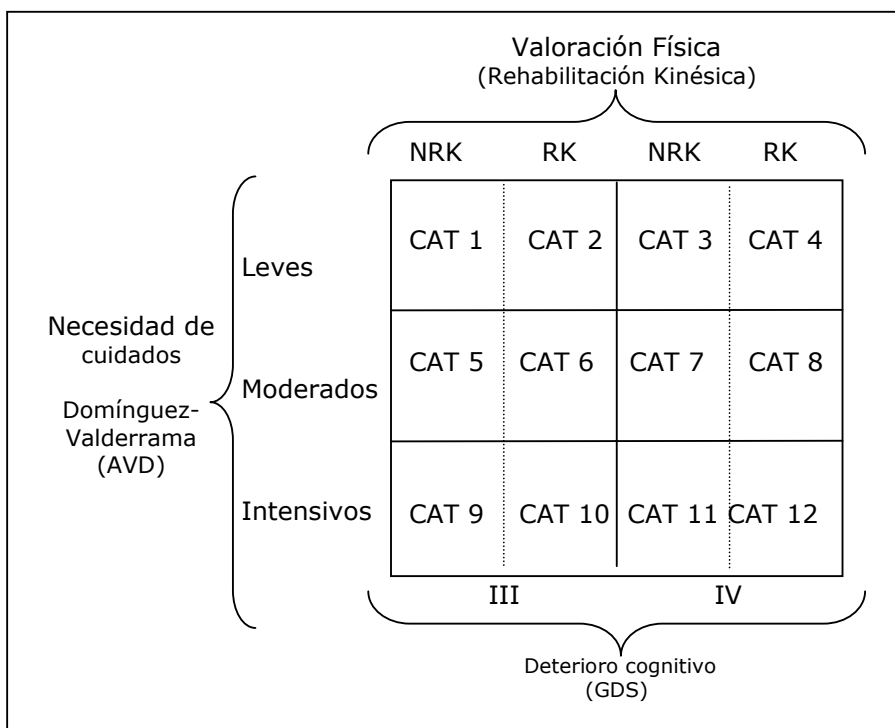
Los criterios que a continuación se detallan son los que debe cumplir el anciano para poder ingresar al Centro de Día bajo estudio:

Criterios de inclusión: Personas con Enfermedad de Alzheimer u otros deterioros cognitivos progresivos; Estadío III y IV de la enfermedad según escala de Deterioro Global de Reisberg (GDS); Edad Cronológica mayor 50 años; Mini Mental Test: entre 10 y 28 puntos.; Índice de Barthel: entre 60 y 100 puntos.

Criterios de exclusión: Personas sin diagnóstico de Enfermedad de Alzheimer u otros deterioros cognitivos progresivos.; Estadío I y II de la enfermedad según escala de Deterioro Global de Reisberg (GDS); Edad Cronológica menor o igual a 50 años; Mini Mental Test: menor a 10 puntos.; Índice de Barthel: menor a 60 puntos.

Todas las características consideradas tienen influencia en el consumo de los recursos.

Sistema de Clasificación de Pacientes para Centros de Día Neurogeriátricos



Fuente: Valderrama, María de los Ángeles. Cientibecas 2005. Universidad Nacional del Litoral. Santa Fe. Argentina. Inédito.

El SCP creado se utilizará como base para asignar costos específicos para cada una de las categorías que se encuentren en el CDNG bajo estudio.

La determinación de costos por categoría no sólo permitirá asignar un adecuado importe de los servicios sino que será de gran utilidad para ofrecer servicios especializados a futuros usuarios de este servicio asistencial.

Por otro lado, en la consideración que esta investigación es un punto de partida para futuras comparaciones con otros servicios sanitarios: institucionalización permanente, tratamientos farmacológicos, etc., el sistema de clasificación de pacientes propuesto permitirá una comparación de costos.

5. CONCLUSIONES

La investigación planteada por las autoras pretendía arribar a indicadores válidos y útiles para la gestión de Centros de Día Neurogeriátricos. Desde su posición de profesionales y estudiantes de las Ciencias Económicas son conscientes de la necesidad de medir la rentabilidad y en este sentido plantearon el estudio de una de las variables que intervienen en cualquier indicador de rentabilidad que se decida aplicar: los costos.

No obstante, teniendo en cuenta que las organizaciones seleccionadas como objeto de estudio tienen como fin último mejorar los resultados en salud y calidad de vida de los pacientes de la tercera edad, reconocieron la necesidad de incorporar indicadores que permitan la evaluación de su misión.

Por otro lado y considerando que las entidades estudiadas son de reciente aparición y compiten en su servicio con otras entidades tradicionales (geriátricos, hospitales, etc.), el diseño de una adecuada estrategia de diferenciación les posibilita posicionarse mejor en el mercado. No debe perderse de vista que los Centros de Día apuntan a brindar una mejor calidad de vida a los ancianos y sus familiares, habida cuenta que entre sus objetivos se mencionan disminuir la institucionalización innecesaria en geriátricos, evitar el desarraigo familiar del anciano, contener el desborde familiar y el "síndrome de sobrecarga del cuidador", promover la reinserción social del paciente, y facilitar la recuperación funcional. Por tanto, se buscaron indicadores para medir el cumplimiento de estos objetivos que son los que, en definitiva, le permiten diferenciarse.

Si bien estas mediciones no resultan sencillas, existen estudios e investigaciones médicos en las cuales apoyarse y a partir de las mismas se propusieron los siguientes indicadores:

-Evolución del "Síndrome de Sobrecarga del Cuidador" a través de la implementación de encuestas. Estas encuestas permiten evaluar el grado de satisfacción de la familia, por la participación de los ancianos en el Centro de Día. En "Portal de España" seleccionado como caso de estudio, los resultados arrojaron una disminución de la sobrecarga de los familiares.

-Implementación de test que permitan monitorear la valoración funcional y el estado físico de los pacientes. Estos estudios deben implementarse con una recurrencia sistemática y a través de sus resultados se mide la evolución de los pacientes. En general, tanto en el caso seleccionado como estudio, así como en otras investigaciones secundarias relevadas, los test implementados arrojaron como resultado una estabilización en los ancianos (la Enfermedad de Alzheimer no progresó).

Por otro lado, se detectó que estos estudios pueden ser utilizados como indicadores de procesos, puesto que le permitan evaluar a los profesionales médicos el grado de avance de la patología y decidir sobre la posibilidad de permanecer en el Centro o tener

que recurrir a otras alternativas, es decir actúan como guías de actuación en el accionar médico.

Finalmente, en el plano de los costos, se reconoció la necesidad de analizar las variaciones que se producen en los costos como consecuencia de la diversidad de pacientes que se atienden en los Centros de Día, en función del distinto grado de avance que pueden presentar en las enfermedades cognitivas y en la mayor o menor dependencia para realizar las actividades de la vida diaria. Se propone la utilización de un Sistema de Clasificación de Pacientes (SCP) tomando como base los resultados de evaluaciones médicas efectuadas a los concurrentes del Centro de Día bajo estudio.

De esta forma el Sistema de Clasificación sugerido, permite que cada recurso de atención pueda destinarse adecuadamente a la necesidad que presenten los distintos grupos destinatarios, ya que tiene en cuenta las características particulares de cada categoría de pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

Asamblea Mundial de Naciones Unidas sobre el Envejecimiento. Boletín Informativo. Edición especial por la ocasión de la II Asamblea Mundial de Naciones Unidas sobre el Envejecimiento. Madrid, España. 2002.

Canale, Sandra y Valderrama, María de los Ángeles. Centros de Día Neurogeriátricos: una alternativa diferente a la Terapia Farmacológica y a la institucionalización permanente. 7mas Jornadas de Investigación y Desarrollo Institucional y Regional: Economía, Administración, Contabilidad, Derecho y Educación. Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional del Litoral. Santa Fe. Argentina. 2006.

Canale, Sandra. Modelo de costos para entidades sanitarias con internación. Anales X Congreso Internacional de Costos, Lyon, 13,14 y 15 de Junio de 2007.

Domínguez, María Graciela y Valderrama, Hugo Roberto. Jornadas de Gerontología y Geriátrica de Esperanza. ASGSSF. Santa Fe, Argentina. 2004.

Felce, D. y Perry, J. Quality of life: It's Definition and Measurement. Revista Research in Developmental Disabilities, Vol. 16, N° 1, pp. 51-74.1995.

García Altés, Anna et. al. Sistemas de clasificación de pacientes en centros de media y larga estancia: evolución y perspectivas para el futuro. Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud. Revista Gaceta Sanitaria. Volumen 14 N° 1: 48-57. Barcelona, España.2000.

Gil Montalvo, Miguel. Centros de día para personas mayores dependientes. Guía práctica, Colección: Documentos Técnicos N° 82. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, INSERSO. Madrid, España. 1996.

Gómez-Vela, María Ángeles y Sap, Eliana. Calidad de Vida: evolución concepto y su influencia en investigación y en la práctica. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca. Disponible en: <http://www3.usal.es/~inico/investiga/invesinico/calidad.htm>

Grau Avalo, Jorge. Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud. II Jornada de actualización en psicología de la salud. Calidad de vida y salud: problemas actuales en su investigación. 1998.

Martín Zurro, Armando. Atención Primaria. Editorial Elsevier. 5ta Edición. Madrid, España. 2003.

Organización Mundial de la Salud. Epidemiología en el Envejecimiento. Informe Técnico Nro. 706: 10-13. Ginebra, Suecia. 1984.

Ortún Rubio, Vicente. La Economía en Sanidad y Medicina: instrumentos y limitaciones. EUGE- Editora. La Llar del Llibre. Barcelona, España. 1990.

Pineault, R. y Devaluy, C. La Planificación Sanitaria. Conceptos. Métodos. Estrategias. Editorial Masson, Segunda Edición. Barcelona, España.1995.

Valderrama, Maria de los Ángeles. Análisis de Costos y Calidad de Vida para una alternativa diferente: Centros de Día Neurogeriátricos. II Jornadas Nacionales de Gerontología y Geriátrica. Sociedad Argentina de Geriátrica y Gerontología. Complejo Paseo La Plaza. Buenos Aires. Argentina. 2006.

Valderrama, Maria de los Ángeles (2006). Informe Final de Programa de Cientibecas año 2005, Facultad de Ciencias Económicas de la U.N.L..Inédito