ORIGINAL

Gasto socio-sanitario en los grandes dependientes en el municipio de Rute: estudio piloto

[1]Jiménez Rodríguez JM, [2]Farouk Allam M

[1]Unidad de Gestión Clínica Rute/Iznajar. Distrito Sanitario Córdoba Sur
[2]Distrito Sanitario Córdoba Sur. Lucena
Córdoba

España al igual que otros países de la Unión Europea, se caracteriza, entre otras cosas, por un descenso de las tasas de natalidad y por una incipiente bajada de la mortalidad. Los avances técnicos y tecnológicos, los progresos de la medicina, la investigación, entre otras, han ocasionado un mayor bienestar y una mejor calidad de vida en las personas y provocan una mayor longevidad y un envejecimiento sin precedente; con ello se da origen a nuevas enfermedades y/o patologías desconocidas o no investigadas por la ciencia[1].

Podemos ver un cambio en la pirámide poblacional que se acentúa por un marcado crecimiento en las edades adultas y longevas, lo que genera un claro modelo de tipo embudo. Este cambio demográfico tiene como consecuencia la actual situación de dependencia de muchos individuos, que se ven afectados por enfermedades crónicas y/o degenerativas como cánceres, demencias, cardiopatías…

El municipio de Rute (Córdoba) cuenta con una población total de 10.543 habitantes. De ellos, 2.246 son personas mayores de 65 años, lo que representa aproximadamente el 25 % según el censo del mes de marzo de 2010 (INE: CENSO/ PADRÓN Municipio de Rute. Marzo 2010).

Desde 2007 (cuando se aprueba la Ley de Dependencia) hasta la fecha tomada como referencia (31 de marzo de 2010), el número de Grandes Dependientes en activo y con resolución aprobada por la Consejería de Igualdad (del que se excluyen los fallecidos en este mismo periodo) es de 156 personas. Ello representa un 14 % del total de mayores. Se trata de personas que por su situación socio-sanitaria están siendo atendidas por familiares y/u otras personas de su entorno (IPBS- Instituto Provincial de Bienestar Social de la Diputación de Córdoba).

Por su parte, la población infantil con algún tipo de discapacidad en situación de Gran Dependencia no llega a representar el 0,1 %. Estas personas (grandes dependientes: mayores y menores con gran discapacidad) presentan una situación de gran vulnerabilidad y fragilidad, y quedan relegadas al cuidado de otra por la dificultad con la que se encuentran para desarrollar una vida autónoma. En muchas ocasiones son los familiares quienes desempeñan esta ardua labor y se ven obligados a abandonar su puesto de trabajo para poder hacerse cargo del cuidado (higiene, aseo personal, labores domésticas…) de estos pacientes-dependientes. Ello hace que gran parte del día el cuidador ocupe su tiempo al cuidado (trabajo no remunerado o doméstico) de estas personas dentro del ámbito socio-familiar más privado. Por su parte, el dependiente (Gran Dependiente) se convierte en un gran consumidor de recursos socio- sanitarios y de tiempo libre del cuidador.

Todo esto nos ha hecho pensar que no se puede pasar por alto la delicada situación por la que atraviesan paciente, cuidador y Administración Pública (el sistema de protección social) y que analicemos el gasto socio-sanitario ocasionado por una situación de Gran Dependencia, cuando menos delicada y estresante social y económicamente para estos tres vértices[2].

La metodología parte de la revisión del coste farmacéutico, del material ortoprotésico, de pensiones y ayudas vinculadas a la situación de dependencia para un mes concreto.

La muestra se eligió al azar entre los pacientes del municipio de Rute que cuentan con resolución definitiva de la dependencia. Los resultados son estimados y muy cercanos a la realidad económica de este tipo de pacientes.

El objetivo de este estudio es dar a conocer el

gasto socio-sanitario de un paciente en situación de Gran Dependencia, para lo que se hace una revisión del coste generado a la Administración (SAS, INSS y Consejería para la Igualdad y Bienestar Social), por medio del método cuantitativo.

METODOLOGÍA

El estudio, cuyo modelo cuantitativo ha estado basado en el método científico, se ha compuesto de las siguientes fases de ejecución:

- Encuadre del objeto de estudio.
- Acotación del tema analizado.
- Formulación de una hipótesis.
- Revisión bibliográfica (búsqueda y comparación con otros estudios similares).
- Propuesta de objetivo y de las variables tomadas como referencia.
- Sondeo de la muestra.
- Diseño de registros para la recogida de datos.
- Manejo de los datos recabados.
- Establecimiento de las conclusiones.

La recogida de datos se ha realizado cumpliendo con el derecho a la confidencialidad del paciente y bajo el secreto profesional, de acuerdo con la ley de protección de datos de carácter personal.

Para la recogida de datos hemos contado con la colaboración del Distrito Sanitario Córdoba Sur, el INSS del Municipio de Rute, los Servicios Sociales Comunitarios de la zona (IPBS- Instituto Provincial de Bienestar Social de la Diputación de Córdoba), el Excmo. Ayuntamiento de Rute (Censo), la Ortopedia "El Siete" del municipio de Cabra, y los familiares y pacientes del Centro de Salud de Rute, bajo consentimiento informado.

RESULTADOS

Los datos obtenidos se expresan en los gráficos 1, 2 y 3. Son el resultado de la suma del gasto generado (en términos relativos) por un Gran Dependiente en los diferentes ámbitos asistenciales (socio-económico y sanitario). Son la media del gasto mensual (mes de marzo) producido por la situación de Gran Dependencia, traducido en euros para todo el año 2010.

COMENTARIO

Con este trabajo nos planteamos hacer un análisis pormenorizado sobre el gasto socio-sanitario generado por una persona que se encuentra en situación de Gran Dependiente, así como hacer reflexionar al lector sobre el capital humano y el gasto no remunerado de los procesos asistenciales de salud.

Dado que cada vez es más fácil enfrentamos a sociedades envejecidas (como clases pasivas consumidoras de prestaciones y servicios sociales) es conveniente plantearse cuál es el gasto generado por las mismas, a fin de poder conocer y predecir hasta qué punto sobrecargan el sistema de protección social de manera indirecta.

Las necesidades sociales, a diferencia de otras básicas, son un tema peliagudo desde el momento en que no siempre son expresadas ni se tiene conciencia de ellas. Son exigidas en función de los parámetros que cada uno como individuo tenga establecidos y serán satisfechas en la medida en que ello se percibe como tal. Por tanto, se necesita una serie de mecanismos que actúen en consecuencia para cubrirlas; conocer nuestros propios derechos como ciudadanos, las prestaciones a las que podemos optar, así como los recursos con los que cuenta la Administración Pública son determinantes de cara a equipararnos todos en condiciones de igualdad al resto de individuos como ciudadanos en cuanto a derechos políticos, civiles[3]... El derecho a la sanidad, a la educación y al empleo deben de ser *a priori* respetados y cubiertos por las entidades públicas a fin de reducir el impacto de las desigualdades sociales.

Más allá de estas necesidades, existen otras (seguridad, reconocimiento, autorrealización…[4]) que garantizan prestigio, poder y estabilidad y satisfacen personal y emocionalmente al individuo; de igual manera establecen una brecha entre los que tiene más y los que tienen menos y afianzan más las diferencias.

A medida que las sociedades han ido evolucionando y nos hemos ido civilizando, las necesidades se han ido transformando, así como la forma de solventarlas. Ello ha dado lugar a un sinfín de

categorías, criterios y variables de necesidad, y a que existan múltiples formas de sentirla, a veces sin llegar a ser conscientes de ello, para lo que es necesario crearlas (agentes inductores y concienciadores), lo que da lugar a lo Alberoni llama "estado naciente".

Desde hace unas décadas los cambios producidos en instituciones como la familia, la escuela, los mercados de trabajo, entre otros, han originado una nueva oleada de necesidades que, al no ser satisfechas y/o cubiertas, debilitan y resienten el sistema de protección social con el que contamos, un sistema precario durante años que ve difícil cumplir con su función integradora y reparadora.

La incorporación de la mujer al mercado laboral y la promoción de la igualdad de derechos entre hombres y mujeres emplazan a esta en la esfera pública; en ella las actividades desarrolladas por las mismas sobrepasan la crianza de los hijos, la economía familiar, el cuidado de los mayores, es decir, el ámbito doméstico[5,6].

En este último lustro los poderes públicos españoles están promulgando cambios legislativos y normativos. Entre las normas más novedosas para salvaguardar los intereses de la sociedad y de las estructuras familiares que la integran, contamos con la Ley de Conciliación Familiar y Laboral, la Ley de la Dependencia… Estas son un intento de dotar a las familias españolas de mecanismos de regulación social y de estrategias de control en pro de la mejor inclusión de los sujetos que las conforman y minimizar con ello los riesgos de exclusión y marginalidad.

Por otra parte, cabe hacer mención del capital humano que, entendido como el gasto ocasionado en número de horas por personas que desempeñan actividades de cuidador, no se ha traducido en gasto económico, y sirven al Estado como una forma para equilibrar los desajustes familiares. Se trata de un trabajo no remunerado en los sectores de salud y bienestar social[7].

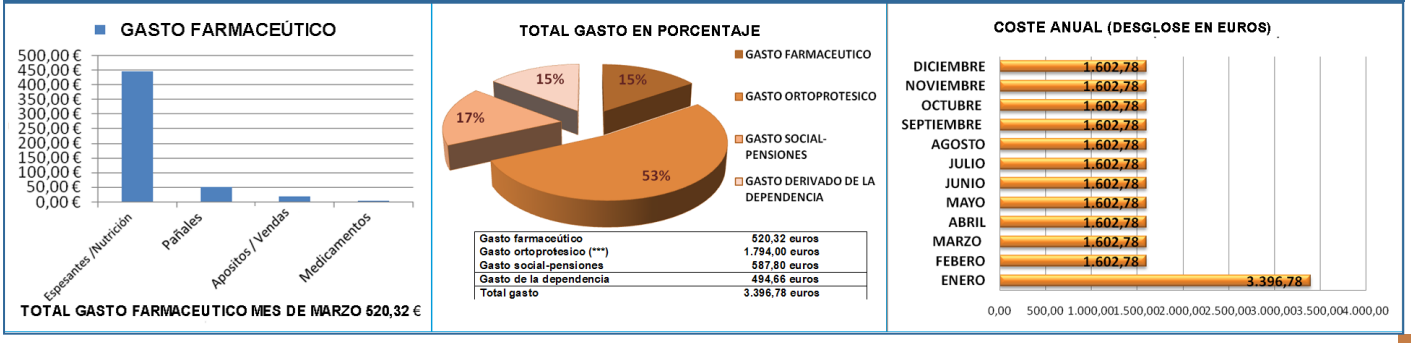
A medida que la esperanza de vida aumenta, es más frecuente encontrar personas cada vez más longevas y, con ello, más dependientes; son personas que ven mermadas sus cualidades y potencialidades a la hora de realizar actividades y tareas cotidianas. Dichos individuos se ven supeditados a otras personas, que, en un intento de salvaguardar y/o preservar los derechos e intereses del paciente discapacitado o dependiente, se ven sujetas a las condiciones de salud que presentan los primeros.

En multitud de ocasiones, y sobre todo en el ámbito rural, son los familiares quienes se ven obligados a realizar tareas de cuidado, supervisión, control y seguimiento del paciente, y llegan incluso a tener que abandonar su puesto de trabajo para dedicarse por completo al cuidado del familiar. Por ello nuestro interés radica en vislumbrar el impacto derivado de los cuidados paliativos de los pacientes Grandes Dependientes.

CONCLUSIONES

De nuestra investigación podemos deducir que la situación de dependencia en general, y de Gran Dependencia en particular, lleva aparejada un déficit socio-económico importante, pues se trata de personas que están a merced de otras para todas las actividades de la vida diaria y requieren de la protección social de la Administración Pública; esta, a través del diseño de estrategias y políticas públicas (de sanidad, de servicios sociales…) debe dar respuesta a las necesidades acaecidas por estas personas.

Gráfico 1. Coste medio derivado del uso farmacéutico de un gran dependiente
Gráfico 2. Coste medio mensual derivado del gasto social y sanitario de la Gran Dependencia
Gráfico 3. Coste medio anual de un gran dependiente. Coste anual 21.027,36 euros
Fuente: Datos del Servicio de Farmacia (Distrito Sanitario Córdoba Sur. Lucena 2010)



El coste medio anual de una persona Gran Dependiente (incluidos ambos niveles y grados) es de 21.027,36 euros, lo que para el municipio de Rute puede suponer un coste medio de 3.280.268,10 euros, teniendo en cuenta que a fecha de 31 de marzo de 2010 el número de personas con resolución de la dependencia (excluidos los fallecidos) es de 156; perciben ayuda en cualquiera de sus modalidades de prestación contempladas en la Ley de la Dependencia, ya sea económica vinculada al servicio, asistencia a domicilio, plaza en centro residencial…

Por otra parte, cabe decir que el coste anual es de tipo estándar y puede verse modificado y variar dependiendo del tipo de patologías del paciente, la renta per capita, el nivel de ingresos de la unidad de convivencia, entre otros, pues no todos los pacientes grandes dependientes presentan las mismas enfermedades, ni cuentan con los mismos ingresos, ni la familia extensa está estructurada de forma unitaria: no presenta el mismo coste un gran dependiente diabético que otro diabético y además con escaras, con alimentación parenteral, o espesantes, por ejemplo. De igual modo, la estimación anual realizada puede variar dado que el paciente puede fallecer en cualquier momento de su proceso asistencial sin que culmine un año completo percibiendo la ayuda.

También hay que hacer referencia al nivel y grado de dependencia concedido al paciente tras la valoración, pues, sabiendo que para cada situación de dependencia existen dos grados y niveles con una puntuación final determinada para las BVA, el porcentaje aprobado a cada situación será decisivo para la ayuda y/o la prestación otorgada (por ejemplo, para el servicio de ayuda a domicilio, según nivel y grado, el número de horas concedido va de 56 a 90 horas con un coste por hora de 9-13 euros).

Por otra parte, debemos decir que en muchas ocasiones el cuidador se ve obligado a abandonar su puesto de trabajo para asumir la responsabilidad del cuidado. En la mayoría de las ocasiones son las hijas las que se enfrentan a esta compleja situación.

Finalmente cabe decir que este estudio no es más que un análisis pormenorizado del coste aproximado que puede ocasionar una persona gran dependiente a la Administración Pública (sin contabilizar las demás situaciones de dependencia grave y moderada) y una reflexión acerca de cómo el sistema de protección social y sanitario puede verse resentido a largo plazo si no se adoptan medidas alternativas, como la facturación y el coste de una proporción del consumo farmacéutico, la eliminación del sistema de atrasos de la dependencia…

BIBLIOGRAFIA

1. Puyol R, Estébanez J, Méndez R. Geografía Humana. Madrid: Cátedra 1988.
2. Alfageme A. Algunas desigualdades en el envejecer de los ancianos españoles en los años noventa. Revista Española de Investigaciones Sociológicas 2000;92:93-112.
3. Marshall TH, Bottomero T. Ciudadanía y clase social. Madrid: Alianza Editorial 1998.
4 . Maslow A. Teorías sobre las necesidades humanas 1943. Revista Electrónica de Trabajo Social; Revisión 2010.
5. De Ussel JI. Matrimonios y parejas jóvenes. Cuaderno nº 16. Madrid: Fundación SM 2009.
6. Alberdi I. La nueva familia española. Madrid: Editorial Taurus 1999.
7. Durán MA. La economía invisible de las desigualdades de género. La importancia de medir y valorar el trabajo no remunerado. Biblioteca Sede OPS. CSIC. Washington DC 2008.