
“ATENCIÓN COMUNITARIA Y ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA: Revisión de estudios de coste-efectividad”

Equipo de Trabajo:

Mayte Sancho Castiello. Fundación Ingema
Pura Diaz-Veiga. Fundación Ingema
Miguel Leturia. Fundación Ingema

Informe:

Madalen Saizarbitoria. SII
Joseba Zalakain. SII

**Convenio de colaboración entre
la Consejería de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco
y la Fundación Instituto Gerontológico Matia (Fundación Ingema)**

ATENCIÓN COMUNITARIA Y ATENCIÓN CEN- TRADA EN LA PERSONA: REVISIÓN DE ESTU- DIOS DE COSTE-EFECTIVIDAD

Julio de 2011



Centro de Documentación y Estudios **SIIS** Dokumentazio eta Ikerketa Zentroa

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Objetivos del estudio

La Fundación Matía-INGEMA ha puesto en práctica un proceso de investigación para el diseño de nuevas formas de cuidado a personas dependientes o con discapacidad, con el objeto de desarrollar un nuevo modelo de atención comunitaria, individualizada e integral, en el ámbito del espacio socio-sanitario. En el marco de ese proceso, se ha considerado necesario valorar los resultados que, en términos de coste-efectividad, supondría la adopción de un modelo de esas características, a partir de la literatura científica existente al respecto en los países de nuestro entorno.

Para ello, desde la Fundación INGEMA se ha solicitado al SIIS Centro de Documentación y Estudios de la Fundación Eguía Careaga la realización de un estudio de revisión de la literatura científica que analiza el impacto económico y la relación coste efectividad de las intervenciones, los programas o las políticas basadas en enfoques coincidentes con los del modelo que la Fundación INGEMA propone desarrollar. El objetivo final de este análisis es el de conocer la evidencia científica

disponible en cuanto a la relación coste-efectividad de intervenciones y políticas de atención que puedan asociarse al paradigma de intervención planteado por la Fundación INGEMA de forma que, a la hora de plantear el contenido de ese modelo, puedan incorporarse al mismo todas aquellas intervenciones, prácticas o enfoques que hayan demostrado ya, mediante estudios de evaluación rigurosos y de contrastada calidad, una relación positiva de coste efectividad.

1.2. Las revisiones sistemáticas de la literatura científica y la práctica basada en la evidencia

La práctica basada en la evidencia (*evidence based practice* o EBP) es una metodología de trabajo que propone que la intervención social y sociosanitaria, como todas las disciplinas en las que se trabaja con personas, debería basarse en la mejor evidencia científica disponible sobre la efectividad de las posibles intervenciones a aplicar. Se trata de conocer cuál es el “tratamiento indicado” para determinada problemática social y evitar así la mala práctica profesional por negligencia o desconocimiento de las alternativas existentes¹. Por otra parte, desde el punto de vista de las instituciones y de la ciudadanía interesa también conocer cuál es la manera más eficiente de utilizar los recursos públicos, es decir, no sólo se trata de conocer cuál es la intervención que mejor puede resolver determinada problemática social, sino cuál lo consigue al coste más razonable.

Las revisiones sistemáticas de la literatura científica tienen un lugar destacado en la metodología de la EBP, puesto que son una manera de sintetizar grandes cantidades de información dispersa en numerosas publicaciones y, con ello, de contribuir a responder a la cuestión de qué intervenciones funcionan y cuáles no, o de cuáles lo hacen, además, a un coste menor o igual que otras intervenciones alternativas². Son también una manera de señalar áreas de incertidumbre y de identificar aquellos casos en los que la investigación realizada es insuficiente para justificar la puesta en marcha de intervenciones que, en la práctica, se llevan a cabo. Lo que diferencia las revisiones sistemáticas de una simple revisión narrativa es que se realiza un esfuerzo metodológico para limitar el error o el sesgo sistemático (*bias*), tratando de identificar todos los estudios publicados sobre el tema de in-

¹ La metodología de la práctica basada en la evidencia nace en el ámbito sanitario, unida al concepto de buena praxis profesional. En ese ámbito, es un ingrediente indispensable de la buena praxis el aplicar *tratamientos indicados* (por ejemplo, la insulina para tratar la diabetes), mientras que sería constitutivo de mala praxis el prescribir *tratamientos contraindicados* (por ejemplo aspirina en pacientes con antecedentes de úlceras). A partir de la evidencia clínica, la práctica médica sustituye pruebas diagnósticas y tratamientos previamente aceptados por otros nuevos que son más potentes, precisos, eficaces y seguros. Este proceso de innovación basado en la investigación es lo que caracteriza a la medicina científica, frente a una práctica de la medicina más orientada a los mitos y a las tradiciones.

² Efectivamente, las revisiones sistemáticas han sido consideradas como la regla de oro de la práctica basada en la evidencia. Consiste en la selección sistemática de toda la documentación que evalúe o valore la efectividad de una intervención concreta siempre que ese análisis respete unos criterios determinados de rigor metodológico, compararlos y extraer de ellos las conclusiones correspondientes. Se trata de seleccionar y evaluar de forma crítica estudios relativos a una cuestión determinada y de analizar y contrastar sus resultados, siguiendo siempre unos criterios metodológicos muy explícitos. En ocasiones se realizan meta-análisis, que implican el tratamiento estadístico de datos cuantitativos recogidos de diferentes investigaciones.

terés, valorando su calidad metodológica mediante instrumentos validados y sintetizando los resultados de una forma sistemática.

La revisión que se describe en este informe es una revisión sistemática de la literatura científica cuyo objetivo consiste en sintetizar el conocimiento científico actualmente existente sobre las intervenciones que mejores resultados obtienen en el ámbito de la atención a personas mayores, tanto en términos de la calidad de la atención dispensada, como del coste de la misma. Esto permitirá a las personas responsables de los proyectos de la Fundación Matia adoptar sus decisiones basándose en la mejor evidencia disponible y, por lo tanto, avanzar por el camino de la práctica basada en la evidencia.

1.3. Tipos de evaluaciones económicas

Una evaluación económica consiste en comparar dos intervenciones alternativas, es decir, dos intervenciones que podrían aplicarse a una misma población con un mismo objetivo, en lo que se refiere a su coste y a sus resultados.

Definir la mejor manera de medir los costes de una intervención no es sencillo (por ejemplo, puede haber diferentes opiniones sobre hasta qué punto es necesario tener en cuenta la atención informal prestada por los cuidadores de una persona dependiente cuando se mide el coste de la ayuda a domicilio), pero existe consenso en que debe hacerse traduciendo a términos económicos todos los recursos (económicos, humanos, materiales, etc.) invertidos en su puesta en marcha. Resulta más problemático determinar qué resultados (es decir, qué beneficios de la intervención) se van a considerar y, cómo se van a medir esos resultados. La primera de las cuestiones dependerá del criterio de los investigadores y de sus posibilidades reales de análisis, mientras que para la segunda existen tres alternativas bien definidas que, por otra parte, determinarán el tipo de evaluación económica de la que se va a tratar.

Por lo que se refiere a la selección de los parámetros para medir los resultados de la intervención, las ciencias sociales se diferencian notablemente de las ciencias sanitarias o médicas en que los beneficios de la intervención suelen ser más complejos y más difíciles de objetivar. Así, por ejemplo, mientras que la forma de valorar la efectividad de un tratamiento para la hipertensión puede resultar bastante evidente (se trataría de medir si el tratamiento ha modificado la tensión arterial, mediante instrumentos convencionales como el tensiómetro), en el caso de intervenciones sociales como la

ayuda a domicilio los beneficios de la misma pueden ser múltiples (sobre la salud de las personas atendidas, sobre la carga de trabajo de las personas cuidadoras, sobre la calidad de vida tanto de unos como de otros, o sobre la satisfacción con la atención recibida, entre otros). Los estudios sobre efectividad tienen, no obstante, un límite en cuanto al número de variables o efectos que pueden medir y, por lo tanto, ofrecen, necesariamente, una imagen parcial de los beneficios de la intervención. En muchos casos, además, la elección del indicador utilizado para medir el beneficio puede hacer variar la visión global sobre el impacto real de la intervención: una evaluación que mide el impacto de la ayuda a domicilio sobre la salud de las personas usuarias puede no encontrar efectos positivos y, por lo tanto, concluir que la intervención no es efectiva, cuando, en realidad, sí se obtienen resultados positivos, por ejemplo, sobre el nivel de estrés de las personas usuarias.

En cuanto a la forma elegida para medir los resultados, se establecen al menos tres metodologías de las que dependerá el tipo de evaluación económica realizada³:

- en primer lugar, los beneficios de la intervención pueden medirse en unidades naturales como, por ejemplo, la puntuación media en una escala para medir la capacidad funcional o el estrés de las personas cuidadoras informales y compararla con una intervención evaluada en los mismos términos. En este caso, se tratará de un análisis de coste-efectividad y la intervención se considerará eficiente si logra una mayor efectividad a menor o igual coste. Una limitación obvia de este tipo de estudios es la imposibilidad de comparar dos intervenciones cuyos efectos no se puedan medir utilizando el mismo instrumento de medida;
- en segundo lugar, se puede utilizar un indicador que tome en consideración tanto los efectos sobre los aspectos cuantitativos como cualitativos de la salud (mortalidad y morbilidad), utilizando medidas de utilidad como los años de vida ajustados por calidad o AVAC (*Quality Adjusted Life Years* o *QALY* en inglés). En este caso, se trataría de un estudio de coste-utilidad y la intervención se juzgaría eficiente si produjera mayor utilidad que una intervención alternativa, a un menor coste;
- en tercer lugar, se puede optar por traducir tanto los costes como los beneficios de la intervención evaluada a términos económicos, lo que convertiría el análisis en un estudio de coste-beneficio, en el que se compara el beneficio neto de una intervención frente a una alternativa razonable. Aunque se trata de la opción más versátil, puesto que permite comparar todo tipo de intervenciones, sean cuales sean los beneficios que se esperen de ellas, la

³ Palmer, S., S. Byford y J. Raferty. "Types of Economic Evaluation". *British Medical Journal*, vol. 318, 1999.

dificultad que supone valorar los efectos sobre la salud o el bienestar en términos económicos ha limitado en gran medida su utilización en las ciencias sociales y de la salud.

1.4. Estructura del informe

Además de este capítulo introductorio, el informe se estructura en cuatro capítulos adicionales. El segundo explica la metodología del estudio y el tercero ofrece un análisis cuantitativo del conjunto de los resultados obtenidos en la revisión. Se trata de un análisis de los datos agregados que ofrece una visión de conjunto de los resultados obtenidos: porcentaje de estudios que han resultados coste efectivos, porcentaje de coste efectividad detectado para cada tipo de intervención o para cada colectivo, relación entre resultados en términos de coste efectividad y metodología empleada...

El cuarto capítulo recoge la parte central del estudio y analiza, a partir de las bases de datos elaboradas y desde una perspectiva más cualitativa, los resultados obtenidos para cada una de las 18 líneas de intervención establecidas. Ese análisis describe de forma exhaustiva tanto el contenido de las intervenciones evaluadas y el grado de cumplimiento de los objetivos establecidos como los resultados que se han obtenido en términos de coste eficacia.

El quinto capítulo recoge los principales resultados del informe y resume las limitaciones básicas que desde el punto de vista metodológico se han puesto de manifiesto durante su realización.

2. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

2.1. Definición del modelo de atención

De cara a centrar la búsqueda de estudios sobre coste-eficacia en intervenciones que puedan resultar informativas para diseñar el nuevo modelo de atención que se desea implantar, se solicitó a las personas responsables del proyecto en la Fundación Matia que colaborasen en la concreción de las características definitorias de dicho modelo. Tras analizar la documentación enviada por Matia, se mantuvieron dos reuniones entre técnicos de la Fundación Matia y del SIIS Centro de Documentación y Estudios, y en ellas se acordó que las características definitorias del modelo eran las siguientes:

- Atención de carácter comunitario (tanto para personas residentes en sus domicilios como en servicios residenciales).
- Atención integral de las necesidades de la persona (mediante fórmulas de coordinación y equipos multidisciplinares).

- Atención centrada en la persona, partiendo de su biografía y con la participación, en la elaboración de los planes de atención, de la familia y de otras personas allegadas que hayan tenido un papel significativo en la vida de la persona.

A partir de esa definición, se estableció un catálogo de tipos de intervención potencialmente constitutivos del modelo de atención que se quiere analizar. Los tipos de intervención, 18 en total, ordenados de acuerdo con la temática de interés para el estudio, son los siguientes:

- Fórmulas de alojamiento en la comunidad
- Servicios comunitarios en general
- Servicios de día
- Servicios de rehabilitación
- Servicios de respiro
- Ayuda a domicilio
- Re-capacitación a domicilio
- Visitas domiciliarias preventivas
- Servicios de acompañamiento
- Autocuidado
- Ayudas tecnológicas
- Prevención de caídas
- Servicios socio-sanitarios integrados
- Gestión de casos
- Otras fórmulas de coordinación
- Asignación económica individual
- Planificación centrada en la persona
- Otras fórmulas de individualización de la atención

Obviamente, un modelo de atención comunitario e individualizado puede incorporar intervenciones distintas a las que se recogen en ese listado, si bien no se han hallado evaluaciones económicas suficientemente rigurosas que permitan su inclusión en el estudio. En el mismo sentido, algunas de esas intervenciones podrían formar parte de modelos de atención no particularmente comunitarios o individualizados. En la mayor parte de los casos, sin embargo, se trata de intervenciones que, por su naturaleza, responden al modelo comunitario e individualizado que se promueve desde las instituciones de la CAPV, lo que justifica su inclusión en la revisión. Por otra parte, cabe señalar que

algunas evaluaciones se han asignado a más de una línea de intervención, en la medida en que pueden incluir elementos correspondientes a más de una de ellas. Por último, no debe olvidarse que la clasificación y la agrupación que se han realizado responden a criterios en cierto modo arbitrarios, lo cual, en cualquier caso, no incide sobre los resultados globales del estudio.

2.2. Estrategias de búsqueda utilizadas

De acuerdo con los objetivos del trabajo, se ha procedido a realizar una búsqueda sistemática de estudios científicos publicados sobre la relación coste-efectividad de intervenciones sociales o socio-sanitarias para personas mayores y/o personas con discapacidad.

Las búsquedas se han realizado siguiendo un protocolo que implica la progresión desde bases de datos más especializadas a aquellas de corte más general. En concreto, la búsqueda se ha realizado en cinco bases de datos: la base de datos bibliográfica del SIIS Centro de Documentación y Estudios, las bases de datos de revisiones sistemáticas y de evaluaciones económicas del *Centre for Reviews and Dissemination* (CRD) del Sistema Nacional de Salud (NHS) británico, la Biblioteca Cochrane, *Pubmed* y la base de datos científica *Web of Knowledge* (WOK).

Los criterios de búsqueda utilizados han sido los siguientes:

- Personas mayores o personas con discapacidad o personas con enfermedades crónicas o personas con enfermedades terminales o personas con dependencia o demencia o Alzheimer o personas con enfermedad mental; y
- Atención social o servicios sociales o servicios socio-sanitarios; y
- Coordinación socio-sanitaria o espacio socio-sanitario o atención integrada o intervención comunitaria o servicios comunitarios o atención comunitaria o planificación centrada en la persona o atención centrada en la persona o individualización de la atención o personalización de la atención; y
- Coste-eficacia o coste-utilidad o coste-efectividad o coste-beneficio.

2.3. Selección de estudios

Utilizando los criterios señalados, se han localizado y extraído un total de 226 documentos de potencial interés, en la medida en que incluían los criterios temáticos señalados previamente. Una vez localizados, estos documentos han sido revisados para descartar aquellos que no se consideraban relevantes desde el punto de vista temático y/o desde el punto de vista metodológico. En el caso de los artículos de revista, se han utilizado los resúmenes proporcionados por los propios autores de los estudios para realizar esta primera selección. En el caso de los informes y libros, se ha procedido a una lectura general del texto para comprobar si se adecuaban o no a los objetivos del estudio.

De esta primera selección de textos se han descartado aquellos que:

- no evalúan servicios o intervenciones o no proporcionan información acerca de la eficiencia (en términos de coste-efectividad, coste-utilidad o coste-beneficio) de las intervenciones o servicios evaluados;
- se refieren a servicios de carácter exclusivamente sanitario⁴;
- se refieren a servicios o intervenciones que, no presentando un carácter innovador, tampoco se han considerado representativos del modelo de atención comunitaria y centrada en la persona que se desea evaluar;
- no respetan los criterios metodológicos establecidos como mínimos para la inclusión en el estudio;

Por el contrario, sí se han incluido intervenciones o servicios que, a pesar de no presentar dicho carácter innovador, se han considerado constitutivos o representativos del modelo de atención promulgado (por ejemplo, ayuda a domicilio, fórmulas de alojamiento en la comunidad, servicios de día, etc.).

Por lo que se refiere a la metodología de los estudios incluidos, se ha evitado adoptar un enfoque excesivamente restrictivo a la hora de la selección de los documentos incluidos en la revisión, de manera que, además de los diseños metodológicos más robustos como los ensayos aleatorios y los estudios controlados no aleatorios, se han incluido también estudios pre-post sin grupo de control,

⁴ En algún caso se han incluido estudios sobre intervenciones que en el país de origen no se prestan desde los servicios sociales, siempre que fueran llevadas a cabo por equipos multidisciplinares que incluyesen trabajadores/as sociales o terapeutas ocupacionales, o que se tratara de estudios en los que se investigasen los efectos sobre la utilización de servicios sociales.

estudios exploratorios y estudios con modelos teóricos. Aunque, frecuentemente, este tipo de diseños no suelen ser tomados en consideración cuando se realizan revisiones sistemáticas por considerar que aportan un tipo de evidencia menos científica que los ensayos con grupos de control, esto suele limitar en exceso el número de estudios incluíbles, el tipo de intervenciones analizadas y las conclusiones que se pueden extraer del análisis. En este caso, de cara a detectar la mayor gama de intervenciones coincidentes con el enfoque que se desea implantar desde Matia, y puesto que el hecho de limitarse a estudios que recogieran datos económicos ya restringía considerablemente el número de documentos susceptibles de ser incluidos, se optó por no utilizar criterios metodológicos excesivamente estrictos a la hora de realizar la selección.

Tras aplicar estos criterios se han excluido 142 estudios, reduciéndose la selección final a 84 documentos, que constituyen la muestra finalmente analizada. Hay que tener en cuenta, no obstante, que 28 de los 84 documentos revisados son, en realidad, revisiones de la literatura que y, por lo tanto, son, a su vez, una síntesis de cientos de estudios de investigación. Aunque algunos de los estudios individuales incluidos en esta revisión ya habían sido considerados en alguna de las revisiones incluídas, esto amplía considerablemente el alcance de este trabajo⁵.

2.4. Extracción y sistematización de la información

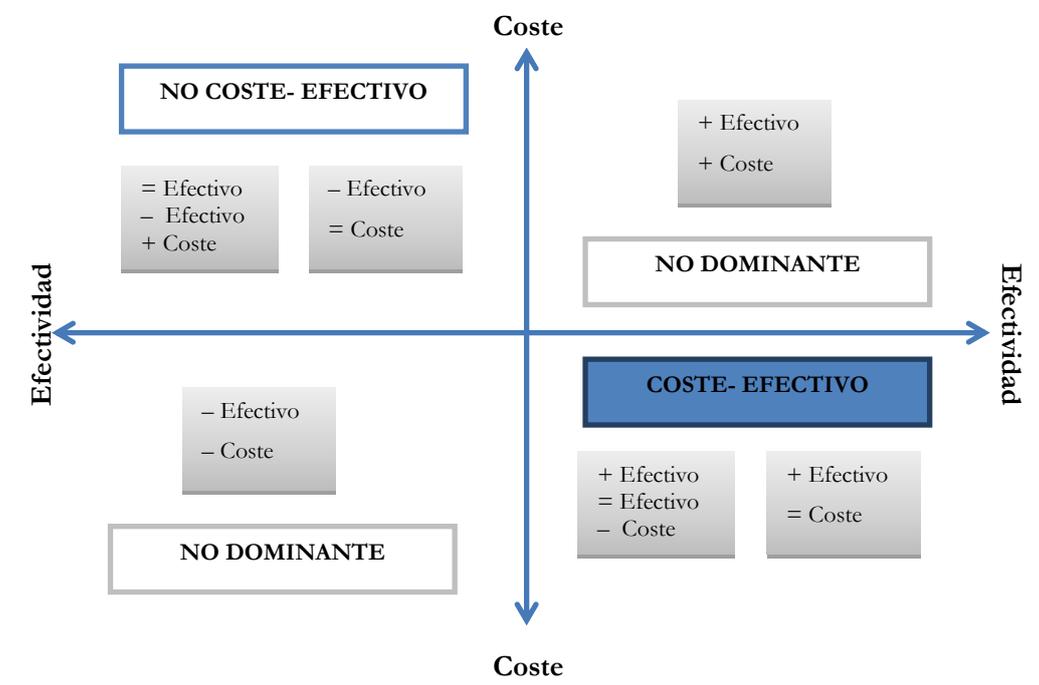
Los 84 artículos e informes seleccionados han sido revisados por dos evaluadores de forma independiente. De cada artículo o informe se ha extraído la siguiente información: tipo de intervención evaluada, colectivo destinatario de la misma, objetivos de la intervención, intervención con la que se compara, descripción de la metodología utilizada en el estudio, principales resultados, conclusiones y limitaciones del estudio, entre otras (en el anexo de este informe se recoge, en forma de ficha, la información extraída de cada estudio incluído en la revisión)⁶.

Una vez extraída la información necesaria se ha procedido a clasificar los estudios de acuerdo con los resultados obtenidos en lo referente a su eficiencia. En el caso de los estudios de coste-efectividad (que, como se verá más adelante, constituyen la mayor parte de los estudios incluídos), la clasificación se ha realizado de acuerdo con el Esquema 1.

⁵ De hecho, constituye una buena práctica en la realización de revisiones de la literatura, considerar en primer lugar revisiones realizadas con anterioridad.

⁶ A partir de los 84 documentos revisados se han generado 92 fichas resumen, ya que algunos informes evaluaban más de un tipo de intervención. En esos casos, se han creado tantas fichas como intervenciones distintas evaluadas.

Esquema 1. Clasificación las intervenciones evaluadas de acuerdo con su coste efectividad



Como se explica en el gráfico, se han considerado coste efectivas las intervenciones que demuestran ser igual de efectivas o más efectivas que las intervenciones con las que se comparan, y, además, tienen un coste menor, así como aquellas que son más efectivas a igual coste (cuadrante inferior derecho del esquema). Se ha considerado que no son coste-efectivas aquellas intervenciones que resultan menos efectivas o igual de efectivas que las intervenciones de comparación, pero a un mayor coste, así como aquellas que son igual de efectivas al mismo coste (cuadrante superior izquierdo del esquema). Por último, se considera que no muestran una relación dominante las intervenciones que resultan más efectivas pero más costosas (cuadrante superior derecho) o menos efectivas y menos costosas (cuadrante inferior izquierdo). En estos casos, se trataría de decidir si se desea optar por una mayor efectividad, o por un ahorro económico.

En el caso de los estudios de coste-utilidad, el beneficio de la intervención se calcula partiendo de una medida convencional, como es la disposición social a pagar por un año de vida libre de enfermedad. Se trata de un valor monetario que se le asigna, por convención, a cada año adicional de vida saludable que se consigue gracias a la intervención. Existen diferentes metodologías para establecer dicho valor, aunque en la literatura sanitaria frecuentemente se manejan valores que rondan

los 30.000 euros por cada año de vida ajustado por calidad (AVAC)⁷. En estos casos, se ha considerado que la intervención es eficiente cuando el coste de cada AVAC ganado gracias a la intervención es inferior a ese valor convencional.

Por último en el caso de los estudios de coste-beneficio, dado que tanto los costes como los beneficios de la intervención se expresan en términos económicos, se consideran eficientes aquellas en las que el valor del beneficio obtenido resulta mayor que la inversión realizada para poner en marcha el programa.

La información extraída de cada estudio se ha introducido en una base de datos, para su sistematización y posterior análisis.

2.5. Valoración de la calidad metodológica de los estudios incluidos

Puesto que el análisis de la eficiencia de una intervención requiere medir tanto la efectividad de una intervención como su coste, y compararlas con las de una intervención alternativa, se han utilizado dos instrumentos complementarios para valorar la calidad metodológica de los estudios incluidos en la revisión: uno de ellos está diseñado para medir la validez de los resultados sobre la efectividad de cada intervención y el otro para medir la calidad de la evaluación económica.

El primer instrumento es un cuestionario adaptado por el *Centre for Reviews and Dissemination* del NHS a partir de dos instrumentos estándar para medir la calidad de ensayos controlados y estudios de cohorte. Este instrumento consta de un total de 25 ítems (ver recuadro 1) y permite valorar tanto la validez interna como la validez externa de los estudios de efectividad incluidos.

Recuadro 1. Cuestionario utilizado para valorar la calidad de los estudios de efectividad

Validez interna del estudio

1. ¿Hay un grupo de control?
2. El grupo de control, ¿es concurrente?
3. La asignación de los participantes al grupo de intervención, ¿fue realizada por los investigadores?
4. ¿El estudio se describe como un ensayo clínico aleatorio (RCT)?
5. ¿La asignación al grupo de intervención fue secreta?
6. ¿El método utilizado para asignar los participantes a los grupos fue verdaderamente aleatoria?
7. La medición de los resultados se hizo sin saber si se trataba de individuos del grupo de control o del de

⁷ Pinto, J.L y J. E. Martínez. "Estimación del valor monetario de los años de vida ajustados por calidad: estimaciones preliminares". *Ekonomiaz*, nº 60, vol. I, 2005.

intervención

8. Se ha realizado un esfuerzo sistemático para identificar y medir los posibles factores de confusión
9. ¿Los posibles factores de confusión se controlaron adecuadamente en análisis?
10. La intervención (y el control) ¿se llevaron a cabo según lo previsto?
11. ¿Se investigó la posible contaminación de los resultados?
12. La contaminación, ¿se tuvo en cuenta en el análisis?
13. El tamaño de la muestra ¿era adecuado para analizar las principales variables de resultados?
14. Los criterios de inclusión en el estudio, ¿estaban adecuadamente descritos?
15. ¿Se describen las características de los participantes?
16. ¿Se da cuenta de todos los participantes que comenzaron en el estudio al final del mismo?
17. ¿Se pudieron valorar los resultados de al menos el 80% de los participantes que comenzaron en el estudio?
18. ¿El análisis incluyó a todos los participantes que comenzaron en el estudio y que proveyeron datos iniciales?
19. Los métodos de análisis, ¿fueron apropiados?
20. Los principales resultados, ¿fueron medidos utilizando instrumentos adecuados y validados?
21. Los datos, ¿se recogieron al mismo tiempo para los dos grupos?
22. El periodo de seguimiento, ¿fue apropiado (suficientemente prolongado)?

Validez externa del estudio

23. ¿Se utilizó algún método inapropiado de coerción para fomentar la participación en el grupo de intervención y/o de control?
24. Los participantes en el grupo de intervención y/o control, ¿se consideran NO representativos de la población que recibirá los servicios en la práctica?
25. La intervención evaluada, ¿tiene características que podrían limitar su adopción más generalizada?

Fuente: Traducido de Centre for Reviews and Dissemination. *Systematic Review of the Clinical Effectiveness of Self-Care Support Networks in Health and Social Care*. Informe n° 35, 2006.

La validez interna –es decir, la certeza con que se puede afirmar que los efectos observados se deben a la intervención evaluada– se valora en una escala de cuatro categorías: excelente, buena, satisfactoria y pobre. La validez externa –es decir, la medida en que los resultados del estudio pueden ser generalizados a toda la población objeto de estudio– se mide en tres niveles: buena, limitada y pobre.

El segundo instrumento utilizado es el cuestionario propuesto por Drummond en 1996 para valorar la calidad de las evaluaciones económicas (ver Recuadro 2).

Recuadro 2. Cuestionario utilizado para valorar la calidad de las evaluaciones económicas

1. Se recoge la pregunta objeto de estudio
2. Se recoge la importancia económica de la pregunta objeto del estudio
3. El punto de vista escogido para el análisis se recoge y se justifica adecuadamente
4. Se justifica la elección de las intervenciones a evaluar
5. Las intervenciones que se comparan se describen con claridad
6. Se menciona el tipo de evaluación económica utilizada
7. La elección del tipo de evaluación económica utilizada se justifica en relación con la pregunta objeto de estudio
8. La(s) fuentes de las estimaciones sobre la efectividad de las intervenciones se mencionan adecuadamente.
9. Los detalles sobre el diseño y los resultados del estudio de efectividad se recogen (si se basan en un solo estudio)

10. Se dan los detalles de los métodos de síntesis o meta-análisis de los resultados de efectividad (si se basan en una revisión)
11. Las principales variables de resultados para la evaluación económica se explicitan
12. Los métodos utilizados para evaluar los beneficios se explicitan.
13. Se aportan los detalles de los sujetos para los que se ha realizado la valuación
14. Los cambios de productividad (si es que se incluyen) se recogen por separado
15. Se analiza la relevancia de los cambios de productividad para la pregunta objeto de estudio
16. Las cantidades de recursos consumidas se recogen de forma separada de sus costes unitarios
17. Los métodos para la estimación de cantidades de recursos utilizados y sus costes unitarios se describen
18. Se recogen la moneda y los precios utilizados
19. Se ofrecen detalles sobre los ajustes sobre los precios (inflación y conversión de moneda)
20. Se dan los detalles de cualquier modelo utilizado
21. La elección del modelo y los parámetros fundamentales en los que se basa se justifican.
22. El horizonte temporal de los costes y los beneficios se especifica
23. La tasa de “descuento” aplicada se especifica
24. La elección de la tasa de descuento se justifica
25. Se da una explicación si no se aplica ninguna tasa de descuento
26. Se dan detalles de los tests estadísticos y los intervalos de confianza utilizados (datos estocásticos)
27. Se explicita el método utilizado para el análisis de la sensibilidad
28. La elección de variables para el análisis de sensibilidad está justificada
29. Los rangos de variación de las variables se justifican
30. Las justificaciones alternativas se comparan
31. Se detalla el análisis incremental
32. Los principales resultados se presentan de forma desagregada, además de en forma agregada
33. Se da una respuesta a la pregunta objeto de estudio
34. Las conclusiones se derivan lógicamente de los datos aportados
35. Las conclusiones se completan con una adecuada consideración de las limitaciones

Fuente: Traducido de Drummond M.F. y Jefferson T.O. “Guidelines for authors and peer reviewers of economic submissions to the BMJ”. The BMJ Economic Evaluation Working Party. *BMJ*, n° 313, págs. 275-283, 1996.

Siguiendo las pautas establecidas por el Consejo Sueco sobre Evaluaciones Tecnológicas, se ha considerado que la calidad de la evaluación económica revisada es buena cuando se obtienen respuestas afirmativas a más del 80% de los 35 ítems del cuestionario de Drummond. Se ha considerado que la calidad es limitada cuando se obtienen entre un 50% y un 80% de respuestas afirmativas en el cuestionario, y se ha considerado de una calidad pobre, cuando la proporción de respuestas afirmativas es inferior al 50%⁸.

Si bien ambos instrumentos han sido adecuadamente validados, se debe tener en cuenta que han sido creados –especialmente el primero– para ser aplicados en el ámbito de la sanidad, donde existe mayor tradición investigadora, los resultados de las intervenciones resultan más sencillos de operar y es habitual emplear diseños metodológicos rigurosos. En el ámbito de las Ciencias Sociales es frecuente sin embargo que, a la hora de realizar una investigación, la elección del diseño se vea condicionada por las circunstancias de la práctica, imposibilitando en muchos casos la asignación aleatoria de los participantes o la ocultación de la condición de tratamiento a los investigadores y a

⁸ Gyllensvärd, H. “Cost-effectiveness of injury prevention: a systematic review of municipality based interventions”. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, vol.8, n° 17, 2010.

los sujetos de investigación (doble ciego). Debido a ello, la valoración de la calidad de los estudios incluidos queda infravalorada por la aplicación de estos instrumentos.

Por otra parte, los estudios incluidos se han clasificado en siete tipos, de acuerdo con su diseño metodológico. Por orden descendiente de calidad en relación con la fiabilidad de los datos que pueden aportar, se distinguen:

- Las revisiones de la literatura científica: son estudios en los que se realiza una búsqueda de todos los documentos publicados sobre el tema de interés y se analizan todos los estudios relevantes para el tema. El trabajo de los investigadores consiste en extraer, sistematizar y sintetizar toda la información de interés disponible sobre un tema.
- Los ensayos aleatorios o estudios controlados aleatorios: son investigaciones en las que se miden los efectos de un tratamiento o intervención utilizando dos grupos de personas, un grupo llamado “grupo de tratamiento” o grupo experimental al que se le ofrece el tratamiento o intervención evaluada y un “grupo de control” que no recibe tratamiento. La asignación de los participantes a los grupos se realiza de forma aleatoria, para asegurar que no existen diferencias, debidas a la selección de los grupos, que puedan afectar los resultados. Esta aleatoriedad permite asegurar que los efectos observados entre los grupos se deben al tratamiento, y no a diferencias intrínsecas entre los grupos.
- Los estudios controlados no aleatorios: son investigaciones similares a los ensayos aleatorios, pero, en este caso, la asignación de los participantes a los grupos de tratamiento y control no se realiza de forma aleatoria. Este diseño se utiliza cuando no resulta posible crear grupos *ad hoc* para la investigación, sino que se deben utilizar grupos pre-existentes (por ejemplo grupos de usuarios que ya están recibiendo el programa que se desea evaluar). Para minimizar el riesgo de que los efectos de la investigación se puedan deber a diferencias pre-existentes en los grupos, se pueden utilizar técnicas como el emparejamiento, que consiste en emparejar a cada persona del grupo de tratamiento con una persona del grupo de control que tenga características similares en variables que puedan afectar los resultados de la investigación. En cualquier caso, los investigadores suelen “controlar”, ya sea con carácter previo a la selección de los individuos participantes o *a posteriori*, que los grupos de tratamiento y control son similares en distintas variables de interés para la investigación.

- Los estudios pre-post sin grupo de control: son investigaciones en las que el efecto de la intervención o tratamiento evaluado se mide comparando los resultados que obtiene un único grupo antes y después de su aplicación. En este tipo de diseños, no es posible descartar la posibilidad de que el efecto observado, en lugar de deberse a la intervención, se deba simplemente al paso del tiempo, es decir, se trate de una evolución natural.
- Los estudios exploratorios: son estudios descriptivos en los que no se pretende evaluar el efecto de un tratamiento o determinar hasta qué punto los cambios observados en los sujetos de estudio se deben al tratamiento aplicado o a la intervención realizada, sino que tan sólo se describe la situación observada.
- Los estudios de casos: son investigaciones en las que se describen con detalle los efectos del tratamiento o de la intervención evaluada en un número reducido de casos. No existe una muestra para el estudio y por lo tanto, los resultados obtenidos no se pueden extrapolar a la población o a un grupo más amplio de personas.
- Los estudios teóricos: son investigaciones que se basan en fuentes secundarias para estimar los efectos de la intervención.

3. RESULTADOS DE LA REVISIÓN DE LOS ESTUDIOS

3.1. Descripción de los estudios incluidos en la revisión

3.1.1. Tipo de estudio y calidad metodológica

Se han encontrado y revisado 84 artículos e informes en los que se analiza la eficiencia de servicios e intervenciones coincidentes con el modelo de atención objeto de estudio en términos de su coste y efectividad. Prácticamente una cuarta parte de esos estudios (20 de los 84) son revisiones de la literatura que sintetizan los resultados de evaluaciones económicas anteriores, la tercera parte (28 de los 84) son ensayos aleatorios que, en principio, pueden poseer una buena validez interna y, por lo tanto, ofrecen mayor certeza de que existe una relación causal entre la intervención realizada y el efecto observado, y algo más de una quinta parte son estudios con grupo de control. También se han incluido algunos estudios con metodologías menos robustas como, estudios pre-post sin grupo de control (cinco documentos), estudios exploratorios (siete documentos) o estudios de casos (dos documentos). Finalmente, cuatro documentos estiman el impacto de las intervenciones que evalúan de forma teórica.

Tabla 1. Número de estudios revisados por tipo de diseño utilizado

| Tipo de diseño | Nº de documentos | % |
|------------------------------------|------------------|--------------|
| Revisión de la literatura | 20 | 23,8 |
| Ensayo aleatorio | 28 | 33,3 |
| Estudio controlado no aleatorio | 18 | 21,4 |
| Estudio pre-post sin grupo control | 5 | 6,0 |
| Estudio de casos | 2 | 2,4 |
| Estudio exploratorio | 7 | 8,3 |
| Modelo teórico | 4 | 4,8 |
| Total | 84 | 100,0 |

Atendiendo al tipo de evaluación económica realizada, 50 de los 84 estudios incluidos en la revisión realizan un análisis de la relación coste-efectividad de la intervención, doce son estudios de coste-utilidad (traducen todos los beneficios a un mismo indicador), y cuatro son estudios de coste-beneficio (traducen los beneficios a términos económicos).

Tabla 2. Número estudios revisados por tipo de evaluación económica de la que se trata

| Tipo de evaluación económica | Nº de documentos | % |
|---|------------------|--------------|
| Estudio de coste-eficacia | 51 | 60,7 |
| Estudio de coste-utilidad | 9 | 10,7 |
| Estudio de coste-beneficio | 4 | 4,8 |
| Estudio de minimización de costes | 2 | 2,4 |
| Estudio de costes | 7 | 8,3 |
| No es una evaluación económica completa | 4 | 4,8 |
| No se puede determinar | 7 | 8,3 |
| Total | 84 | 100,0 |

De los 60 estudios revisados que evalúan una intervención de forma experimental (excluyendo, por tanto, las revisiones de la literatura y los modelos teóricos), una tercera parte provienen del Reino Unido y prácticamente otros tantos de los Estados Unidos. El resto provienen de países como Canadá, Suecia, España, Holanda, Irlanda, Italia, Australia, China, Francia, Noruega y Nueva Zelanda. Estas cifras no sólo reflejan la mayor tradición investigadora en el ámbito de la intervención social en esos países, sino también, y de forma significativa, la mayor preocupación que existe en el ámbito anglosajón por la eficiencia y la productividad de las intervenciones sociosanitarias.

Tabla 3. Número de estudios revisados por país

| País | Nº de docu- | % |
|------|-------------|---|
|------|-------------|---|

| | mentos | |
|----------------|-----------|--------------|
| Reino Unido | 20 | 33,4 |
| Estados Unidos | 18 | 30,0 |
| Canadá | 6 | 10,0 |
| Suecia | 3 | 5,0 |
| España | 2 | 3,3 |
| Holanda | 2 | 3,3 |
| Irlanda | 2 | 3,3 |
| Italia | 2 | 3,3 |
| Australia | 1 | 1,7 |
| China | 1 | 1,7 |
| Francia | 1 | 1,7 |
| Noruega | 1 | 1,7 |
| Nueva Zelanda | 1 | 1,7 |
| Total* | 60 | 100,0 |

* Excluidos las revisiones de la literatura y los modelos teóricos

Por lo que se refiere al año de publicación de los estudios, dado que a la hora de realizar la búsqueda de documentos la selección no se ha restringido a los publicados con posterioridad a una fecha, existe una gran variedad, desde los estudios más antiguos, que se remontan a finales de la década de los 80, hasta los más recientes, publicados este mismo año (2011). En cualquier caso, tal y como se aprecia en la *Tabla 4*, la mayoría de los estudios incluidos (44 de los 84 revisados) son posteriores al año 2005 y una tercera parte (26 de los 84) se publicaron entre 2000 y 2005. Esta distribución refleja probablemente un creciente interés por la relación coste-efectividad de las intervenciones sociales en el ámbito internacional, así como un progresivo desarrollo de las técnicas y las metodologías necesarias para la aplicación práctica de este tipo de enfoques.

Tabla 4. Número de estudios revisados por año de publicación

| Año de publicación | Nº de documentos | % |
|--------------------|------------------|---|
|--------------------|------------------|---|

| | | |
|------------------------------|----|-------|
| Anteriores al año 2000 | 14 | 16,7 |
| Publicados entre 2000 y 2005 | 26 | 31,0 |
| Posteriores a 2005 | 44 | 52,4 |
| Total | 84 | 100,0 |

En general, y teniendo presente que, tal y como se ha mencionado en el apartado metodológico, la escala utilizada para la selección de los documentos es muy rigurosa, dadas las condiciones en las que frecuentemente tiene que llevarse a cabo la investigación en el ámbito sociosanitario, la validez interna de los estudios incluidos en la revisión puede calificarse de media-baja. De los 56 estudios que se han podido valorar (19 estudios eran revisiones sistemáticas y 9 documentos no daban información suficiente para aplicar el instrumento de valoración), siete tienen una buena validez interna, es decir, se trata de ensayos aleatorios con un buen diseño, y 26 tienen una calidad aceptable, es decir, son ensayos aleatorios de calidad media o estudios controlados no aleatorios con un adecuado control de los posibles factores de confusión. Los 22 estudios restantes son pobres en cuanto a su validez interna, es decir, no controlan adecuadamente los posibles factores de confusión, lo que, si bien no invalida sus conclusiones, sí introduce un cierto factor de incertidumbre en las mismas.

Tabla 5. Número de estudios revisados por validez interna de los mismos

| Validez interna del estudio | Nº de documentos | % | % válido |
|---|------------------|--------------|----------|
| Excelente | 1 | 1,2 | 1,8 |
| Buena | 7 | 8,3 | 12,5 |
| Satisfactoria | 26 | 31,0 | 46,4 |
| Pobre | 22 | 26,2 | 39,3 |
| No aplicable (revisiones sistemáticas/información insuficiente) | 28 | 33,3 | 100,0 |
| Total | 84 | 100,0 | – |

Por el contrario, puede decirse que, en general, la validez externa de los estudios analizados es mucho mejor, pudiéndose considerar los resultados adecuadamente extrapolables a toda la población objeto de estudio en 28 de los 57 estudios valorados y de generalizabilidad limitada solamente en 8 casos. En 28 de los casos, en la medida en que se trata de revisiones de otros estudios, el criterio de validez externa no se aplica.

Tabla 6. Número de estudios revisados por validez externa de los mismos

| Validez externa del estudio | Nº de documentos | % | % válido |
|-----------------------------|------------------|---|----------|
|-----------------------------|------------------|---|----------|

| | | | |
|--------------|-----------|--------------|-------|
| Buena | 47 | 56,0 | 83,9 |
| Limitada | 7 | 8,3 | 12,5 |
| Pobre | 2 | 2,4 | 3,6 |
| No aplicable | 28 | 33,3 | 100,0 |
| Total | 84 | 100,0 | – |

Finalmente, por lo que se refiere a la calidad de la evaluación económica, la mayoría de los estudios revisados tienen una calidad buena (43,6%) o aceptable (43,6%), de acuerdo con los criterios señalados anteriormente.

Tabla 7. Número de estudios revisados por validez interna de los mismos

| Calidad de la evaluación económica | Nº de documentos | % | % válido |
|---|------------------|--------------|----------|
| Buena | 24 | 28,6 | 43,6 |
| Aceptable | 24 | 28,6 | 43,6 |
| Pobre | 7 | 8,3 | 12,7 |
| No se puede determinar | 1 | 1,2 | 100,0 |
| No aplicable (revisiones sistemáticas/información insuficiente) | 28 | 33,3 | – |
| Total | 84 | 100,0 | – |

3.1.2. Tipo de intervenciones evaluadas

Los 84 documentos revisados analizan un total de 92 intervenciones distintas, que se han agrupado en 18 grandes grupos. En la mayoría de los casos se trata de fórmulas de alojamiento en la comunidad (15 documentos), fórmulas de coordinación de servicios socio-sanitarios (11 documentos), intervenciones de promoción del autocuidado (10 documentos), intervenciones de gestión de casos (8 documentos), servicios de día, ayudas tecnológicas y programas de prevención de caídas (6 documentos) o fórmulas de individualización de la atención (5 documentos). Para otras intervenciones que pueden ser de especial interés en el marco de este estudio, como la planificación centrada en la persona, se han encontrado muy pocos estudios que incorporen una evaluación económica.

El análisis de la [Tabla 8](#) pone de manifiesto que casi la mitad de los documentos que se han incluido en la revisión se centran en cuatro tipos de intervenciones específicas: las fórmulas de alojamiento en la comunidad, la coordinación entre los servicios sociales y sanitarios en el ámbito del espacio sociosanitario, el autocuidado y la gestión de casos. La propia relevancia de estos tipos de interven-

ción en el contexto de la literatura analizada pone ya de manifiesto, al margen de los resultados obtenidos en términos de coste efectividad, que son estas las intervenciones que en mayor medida se han puesto en práctica, y se han evaluado, en los países de nuestro entorno.

Tabla 8. Intervenciones evaluadas en los documentos revisados por tipo de intervención

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

Por lo que se refiere a los colectivos destinatarios de las intervenciones evaluadas, 59 de las 92 intervenciones evaluadas se refieren a personas mayores, ya sean personas mayores dependientes o en riesgo de dependencia. También se han incluido 18 intervenciones dirigidas a personas con discapacidad, 3 para personas con enfermedades crónicas y 12 dirigidas a personas que se encargan del cuidado informal de personas mayores o con discapacidad.

Tabla 9. Intervenciones evaluadas por colectivo destinatario de la intervención

| Colectivo destinatario de la intervención | Nº de interven- | % |
|---|-----------------|---|
|---|-----------------|---|

| | ciones | |
|--|-----------|--------------|
| Personas mayores en riesgo de dependencia | 25 | 27,2 |
| Personas mayores dependientes o en riesgo de dependencia | 18 | 19,6 |
| Personas mayores dependientes | 13 | 14,1 |
| Personas mayores con demencia | 5 | 5,4 |
| Personas con discapacidad | 4 | 4,3 |
| Personas con discapacidad intelectual | 14 | 15,2 |
| Personas con enfermedades crónicas | 3 | 3,3 |
| Personas cuidadoras informales | 10 | 10,9 |
| Total | 92 | 100,0 |

Las 92 intervenciones evaluadas refieren un total de 185 objetivos diferentes, que han sido agrupados en trece objetivos básicos. El propio listado resulta de interés en la medida en que pone de manifiesto los objetivos fundamentales que se buscan mediante la puesta en práctica de las intervenciones analizadas. De acuerdo con la tabla siguiente, cuatro objetivos concentran algo más de la mitad de todos los objetivos identificados: la mejora de la calidad de vida de las personas usuarias, señalado en 31 ocasiones; la reducción en el uso de servicios sanitarios, en 25 ocasiones; el retraso o la evitación de la institucionalización, en 23 ocasiones, y la mejora del estado de salud de las personas objeto de la intervención, en 18 ocasiones. Además, 19 intervenciones tienen el objetivo añadido de reducir el coste de la atención prestada.

Tabla 10. Intervenciones evaluadas por tipos de objetivos perseguidos

| Objetivo de la intervención | Nº de intervenciones | % |
|---|----------------------|------|
| Mejorar la calidad de vida | 31 | 16,8 |
| Reducir el uso de servicios sanitarios | 25 | 13,5 |
| Retrasar o evitar la institucionalización | 23 | 12,4 |
| Reducir el coste | 19 | 10,3 |
| Mejorar el estado de salud de las personas usuarias | 18 | 9,7 |
| Incrementar el grado de satisfacción de las personas usuarias | 16 | 8,6 |
| Mejorar o mantener la capacidad funcional | 14 | 7,6 |
| Reducir la carga de trabajo de las personas cuidadoras | 11 | 5,9 |
| Reducir el uso de servicios formales | 11 | 5,9 |
| Incrementar la autodeterminación o autocontrol de las personas usuarias | 7 | 3,8 |
| Prevención de caídas | 6 | 3,2 |

| | | |
|--|------------|--------------|
| Empoderamiento / incrementar la autoeficacia | 3 | 1,6 |
| Incrementar el acceso a servicios comunitarios preventivos | 1 | 0,5 |
| Total | 185 | 100,0 |

3.2. Resultados sobre coste-efectividad

El principal objetivo de esta revisión consistía en conocer la relación coste-efectividad de diferentes intervenciones sociales o socio-sanitarias que podían considerarse constitutivas del modelo de atención propuesto por la Fundación Matia. Los principales resultados a este respecto indican que 58 de las 92 intervenciones evaluadas pueden considerarse coste-efectivas, mientras que cuatro no pueden ser consideradas como tales. En catorce de los casos analizados se obtienen mejores resultados a un mayor coste, o peores resultados a un menor coste, con lo que habría que valorar si el incremento o la reducción del coste compensa la mejora o la reducción de la efectividad. Finalmente, para dieciséis de las intervenciones evaluadas no existe información suficiente para afirmar si la intervención resulta o no coste-efectiva, o los resultados son contradictorios.

Tabla 11. Número de intervenciones evaluadas por valoración sobre coste-efectividad

| Coste-efectividad de la intervención | Nº de intervenciones | % |
|--------------------------------------|----------------------|--------------|
| Coste efectivo | 58 | 63,0 |
| No coste-efectivo | 4 | 4,3 |
| No dominante / neutro | 14 | 15,2 |
| No concluyente | 16 | 17,4 |
| Total | 92 | 100,0 |

Si el porcentaje de intervenciones consideradas coste efectivas se analiza desde el punto de vista de los colectivos destinatarios de la atención se observa –dejando al margen a las personas con enfermedades crónicas, a quienes se dirigen solamente tres de las intervenciones analizadas– que es en el caso de las intervenciones dirigidas a personas con discapacidad donde se registra un mayor porcentaje de intervenciones coste efectivas, puesto que prácticamente dos de cada tres intervenciones analizadas se han considerado como tales. En el caso de las personas mayores se consideraron coste-efectivas el 63,9% de las intervenciones y en el caso de las intervenciones destinadas a las personas cuidadoras informales únicamente el 40%. En este caso, cuatro de cada diez estudios se consideraron no concluyentes.

Tabla 12. Número de intervenciones evaluadas por valoración sobre coste-efectividad y colectivo destinatario de la atención

| Colectivo | Resultados | Nº de intervenciones | % |
|------------------------------------|-------------------|----------------------|-------|
| Personas mayores | Coste efectivo | 39 | 63,9 |
| | No coste-efectivo | 2 | 3,3 |
| | No dominante | 9 | 14,8 |
| | Neutro | 2 | 3,3 |
| | No concluyente | 9 | 14,8 |
| Personas con discapacidad | Coste efectivo | 12 | 66,7 |
| | No dominante | 3 | 16,7 |
| | No concluyente | 3 | 16,7 |
| Cuidadores informales | Coste efectivo | 4 | 40,0 |
| | No coste-efectivo | 2 | 20,0 |
| | No concluyente | 4 | 40,0 |
| Personas con enfermedades crónicas | Coste efectivo | 3 | 100,0 |

No puede decirse por otra parte que el tipo de metodología utilizada en la revisión se relacione con el porcentaje de intervenciones consideradas coste efectivas, y menos aún que las intervenciones realizadas con los métodos *a priori* más exigentes, los estudios controlados aleatorios, registren un porcentaje de intervenciones coste efectivas más bajo. Al contrario, los estudios controlados aleatorios resultan coste efectivos en el 67,9% de los casos y los estudios controlados no aleatorios en el 66,7%. Ambos tipos de estudios se encuentran, de hecho, entre los que registran un porcentaje más elevado de resultados coste-efectivos.

Tabla 13. Número de intervenciones evaluadas por valoración sobre coste-efectividad y metodología utilizada

| Tipo de estudio | Resultado | Abs. | % |
|------------------------------|-------------------|------|------|
| Estudio controlado aleatorio | Coste efectivo | 19 | 67,9 |
| | No coste-efectivo | 2 | 7,1 |
| | No dominante | 3 | 10,7 |
| | Neutro | 2 | 7,1 |
| | No concluyente | 2 | 7,1 |

| | | | |
|------------------------------------|-------------------|----|-------|
| Estudio controlado no aleatorio | Coste efectivo | 12 | 66,7 |
| | No dominante | 3 | 16,7 |
| | No concluyente | 3 | 16,7 |
| Estudio pre-post sin grupo control | Coste efectivo | 1 | 20,0 |
| | No dominante | 3 | 60,0 |
| | No concluyente | 1 | 20,0 |
| Estudio exploratorio | Coste efectivo | 5 | 71,4 |
| | No dominante | 1 | 14,3 |
| | No concluyente | 1 | 14,3 |
| Estudio de casos | Coste efectivo | 1 | 50,0 |
| | No concluyente | 1 | 50,0 |
| Estudio teórico | Coste efectivo | 4 | 100,0 |
| Revisión de la literatura | Coste efectivo | 16 | 57,1 |
| | No coste-efectivo | 2 | 7,1 |
| | No dominante | 2 | 7,1 |
| | No concluyente | 8 | 28,6 |

Desde el punto de vista del tipo de intervención, las que en mayor medida se han considerado coste efectivas son las relacionadas con la coordinación de servicios socio-sanitarios, ya sea a través de la integración (100% de intervenciones coste-efectivas), o a través de la gestión de casos (87,5% de coste-efectividad). Le siguen los programas orientados a la prestación de ayudas tecnológicas (83% de intervenciones consideradas coste efectivas), los programas de promoción del autocuidado (80%, con diez intervenciones analizadas), las visitas domiciliarias preventivas (75%) y las fórmulas de alojamiento en la comunidad (73%, con quince intervenciones analizadas). También registran un porcentaje elevado de intervenciones consideradas coste-efectivas los servicios de atención domiciliaria (67%), si bien en estos casos el número de intervenciones evaluadas es más reducido.

En general, las intervenciones menos evaluadas son las que en mayor medida muestran resultados no concluyentes, no dominantes o no coste efectivos. Así por ejemplo, ninguno de las dos intervenciones orientadas a los servicios de rehabilitación se ha mostrado coste efectiva, y sólo una de las tres intervenciones centradas en los servicios de respiro o en los programas de asignación económica individual.

Tabla 14. Número de intervenciones coste-efectivas por tipo de intervención

| Tipo de intervención | Nº de intervenciones coste- | % sobre el total de cada tipo |
|----------------------|-----------------------------|-------------------------------|
|----------------------|-----------------------------|-------------------------------|

| | efectivas | |
|---|-----------|-------|
| Servicios sociosanitarios integrados | 4 | 100,0 |
| Gestión de casos | 7 | 87,5 |
| Ayudas tecnológicas | 5 | 83,3 |
| Autocuidado | 8 | 80,0 |
| Visitas domiciliarias preventivas | 3 | 75,0 |
| Fórmulas de alojamiento en la comunidad | 11 | 73,3 |
| Ayuda a domicilio | 2 | 66,7 |
| Otras fórmulas de individualización de la atención | 3 | 60,0 |
| Otras fórmulas de coordinación servicios socio-sanitarios | 6 | 54,5 |
| Servicios comunitarios en general | 1 | 50,0 |
| Servicios de día | 3 | 50,0 |
| Prevención de caídas | 3 | 50,0 |
| Servicios de respiro | 1 | 33,3 |
| Asignación económica individual | 1 | 33,3 |
| Servicios de rehabilitación | 0 | 0,0 |
| Re-capacitación a domicilio | 0 | 0,0 |
| Servicios de acompañamiento | 0 | 0,0 |
| Planificación centrada en la persona | 0 | 0,0 |

Hay también determinados tipos de intervención que no parecen mostrarse en ningún caso coste-efectivas: se trata de los servicios de rehabilitación, los de re-capacitación a domicilio, los servicios de acompañamiento y los de planificación centrada en la persona. Se trata en cualquier caso de intervenciones sometidas a muy escasas evaluaciones (en general una sola) que tienden a mostrar resultados no concluyentes o no dominantes, es decir, a obtener resultados positivos en términos de efectividad, si bien a un coste más elevado que las intervenciones alternativas con las que se comparan.

Los resultados de la tabla anterior han de ser interpretados con precaución: no puede derivarse de ellos, por ejemplo, que los programas de gestión de casos sean en todo momento coste efectivos, o que cualquier programa de gestión de casos que se desarrolle lo vaya a ser. En ese sentido, hay que tener en cuenta al menos tres cuestiones:

- Por una parte, no debe olvidarse que el carácter coste efectivo de una intervención se establece en comparación a una intervención alternativa. Cabría la posibilidad que, de aplicarse

en otro contexto, y al compararse con otra intervención, un mismo programa dejara de considerarse coste efectivo.

- Por otra parte, el carácter coste efectivo de un programa no implica que, incluso aunque se aplicara de la misma forma, fuera a resultar igualmente coste efectivo en otro contexto o circunstancia.

- Por último, el hecho de que una serie de intervenciones determinadas –por ejemplo las relacionadas con la gestión de casos– hayan sido consideradas mayoritariamente coste efectivas no implica que todas las intervenciones realizadas en esa misma línea lo vayan a ser. Ello dependerá, lógicamente, de la forma concreta en la que se materialice esa intervención, del perfil de las personas atendidas, los recursos invertidos, etc.

Los datos de la tabla sí indican, sin embargo, que existen una serie de ámbitos de intervención – fundamentalmente, la gestión de casos, las ayudas tecnológicas, los programas de autocuidado, los servicios sociosanitarios integrados, las fórmulas de alojamiento en la comunidad y los servicios de ayuda a domicilio– que se han evaluado en un número considerable de ocasiones y que han resultado coste efectivas en un porcentaje muy elevado de esas ocasiones. Puede decirse por tanto que se trata de líneas de intervención con un elevado potencial en términos de coste efectividad, en la medida en que en la mayoría de los casos en los que se han desarrollado y se han evaluado con criterios metodológicos rigurosos y contrastados se ha hallado una relación de coste efectividad positiva.

El siguiente capítulo analiza, de forma detallada, los resultados obtenidos para cada una de las líneas de intervención señaladas en la [Tabla 14](#).

4. ANÁLISIS DE LA RELACIÓN COSTE EFECTIVIDAD POR TIPOS DE INTERVENCIÓN

Este capítulo está dedicado a analizar en detalle los resultados sobre coste efectividad que se pueden extraer de los documentos revisados para cada una de las intervenciones de interés. Si bien la clasificación de las intervenciones en los 18 tipos mencionados anteriormente se ha realizado con la intención de crear grupos lo más homogéneos posibles, hay que tener en cuenta que se trata de intervenciones individuales que, en muchos casos, se han llevado a cabo con objetivos diferentes, en países diferentes, con distintos sistemas de salud y de servicios sociales y que, por lo tanto, pueden existir importantes diferencias entre ellas, aun cuando estén englobadas en una misma categoría o grupo. Por otra parte, la información que aportan los informes y artículos revisados sobre las intervenciones evaluadas es heterogénea y en muchos casos limitada, por lo que, en ocasiones, diferencias significativas entre intervenciones podrían no haber sido detectadas.

También hay que recordar que el número de artículos evaluados para cada tipo de intervención es muy variable –entre dos y quince–, y que por tanto, en algunos casos, la base empírica para poder sostener que un tipo de intervención determinada puede resultar coste efectiva es muy escasa. El análisis realizado en función de los tipos de intervención permite en cualquier caso una aproximación de gran interés al objetivo de este estudio, y dar respuesta al interrogante de cuáles son los

tipos de intervención que pueden resultar coste efectivos en el marco general de la intervención centrada en la persona y de la atención en la comunidad.

Teniendo en cuenta estas limitaciones, el objetivo de los siguientes apartados es, como se ha dicho, el de sintetizar los principales resultados que se han obtenido en la literatura internacional sobre la relación coste-efectividad de las distintas intervenciones de interés. La información se ordena en tres grandes bloques: en primer lugar se analizan las intervenciones de corte comunitario; a continuación las diversas fórmulas de coordinación de servicios socio-sanitarios y, finalmente, se contemplan los distintos métodos de individualización de la atención.

En general, para cada uno de los 18 tipos de intervenciones establecidas se analizan cinco aspectos básicos:

- Los resultados agregados en términos de coste efectividad;
- La descripción general de las intervenciones realizadas y de sus objetivos;
- Las características metodológicas de los estudios analizados;
- Los resultados obtenidos en lo que se refiere a la consecución de los objetivos inicialmente planteados;
- Las conclusiones principales en términos de coste efectividad.

Debe señalarse en cualquier caso que en algunos casos, particularmente en aquellos en los que el número de evaluaciones disponible es muy limitado, el esquema se ha simplificado, ofreciendo más bien un análisis específico de cada uno de los artículos que evalúan las intervenciones de esas características.

4.1. Servicios comunitarios de atención directa

4.1.1. Ayudas tecnológicas y adaptaciones en la vivienda

a) Resultados generales

Seis trabajos de investigación han evaluado la coste-efectividad de las ayudas tecnológicas y de las adaptaciones de la vivienda; cinco de ellas, el 83,3% las consideran coste-efectivas frente a la no intervención. La clave de la relación coste-efectividad de los programas analizados reside en su capacidad para prevenir gastos sanitarios y de servicios sociales que serían considerables de no pro-

porcionarse las ayudas y adaptaciones requeridas por las personas mayores y con discapacidad. Se trata en ese sentido de intervenciones de carácter preventivo, ni tanto porque consigan prevenir el desarrollo de las situaciones de dependencia o discapacidad, sino porque permiten prevenir, mediante intervenciones ligeras o poco costosas, el uso de servicios más pesados y de mayor coste.

b) Descripción de las intervenciones

Las intervenciones analizadas suponen la prestación de ayudas técnicas y tecnológicas (dispositivos, equipo, instrumentos, tecnología y software) y adaptaciones a la vivienda de personas mayores o con discapacidad. Estas ayudas comprenden desde las ayudas básicas, para que la persona permanezca en su domicilio, como las ayudas para el uso del retrete, de la bañera o la ducha, para caminar o para las movilizaciones (Poveda, et al., 2009), hasta intervenciones más complejas desde el punto de vista tecnológico, dirigidas a mejorar la calidad de vida de las personas usuarias, como videoportero, control inteligente de la temperatura del hogar, etc. (Lansley, et al., 2004).

En dos de las intervenciones analizadas (Bendixen, et al., 2009 y Ottenbacher, 1999), un terapeuta ocupacional realiza una evaluación de las necesidades de la persona en cuanto a las ayudas y adaptaciones más apropiadas, le proporciona entrenamiento en el uso de las mismas y realiza un seguimiento continuado de la persona, adaptando las tecnologías aplicadas a cada caso conforme evolucionan las necesidades. Por otra parte, una de las intervenciones analizadas (Bendixen, et al., 2009) puede calificarse como de “tele-rehabilitación”, en la medida en que se realiza una monitorización a distancia de las constantes vitales de la persona usuaria a través de equipos conectados con una clínica y controlados por personal sanitario.

Los objetivos que con mayor frecuencia se persiguen mediante las intervenciones evaluadas son la reducción del uso de servicios sanitarios y sociales (tres documentos) o la consiguiente reducción de costes (dos documentos). Otros objetivos evaluados en los trabajos analizados son la mejora mediante las ayudas tecnológicas en la salud o en la calidad de vida de las personas usuarias (dos documentos), en su capacidad funcional (un documento) o la prevención de caídas (un documento).

Tabla 15. Descripción de las intervenciones analizadas en el ámbito de las ayudas tecnológicas y las adaptaciones de la vivienda

| Población destinataria | Id Documento | Referencia | Tipo de estudio | Descripción de la intervención | Objetivos evaluados |
|-------------------------------|--------------|--|-----------------|---|--------------------------------------|
| Personas mayores dependientes | 78 | Lansley, P. Et Al. "Can Adapting the Homes of Older People and Providing Assistive Technology Pay Its Way?". Age and Ageing, 33, 6, 2004, pp. 571-576. | Estudio teórico | Se analizan las adaptaciones y ayudas técnicas que permiten al usuario vivir en su domicilio de forma independiente. Se clasifican en tres categorías: 1. Básicas: esenciales para que el usuario permanezca en su domicilio (por ejemplo, ascensor si hay escaleras) 2. Para reducir la atención: algunas ayudas pueden reemplazar la ayuda humana (por ejemplo, duchas accesibles y eliminación de bañeras) 3. De buenas prácticas: algunas ayudas están orientadas a mejorar la calidad de vida del usuario (por ejemplo, vídeo-portero). | Reducir el uso de servicios formales |
| Personas mayores dependientes | 143 | Poveda, R. Et Al. "Análisis de costes y beneficios de la incorporación de productos de apoyo como extensión de los servicios de atención a domicilio en población mayor con dependencia (ponencia presentada en el I congreso REPS-Red Española de Política Social. Oviedo, noviembre 2009)". Madrid, Centro de Ciencias Humanas y Sociales, 2009, pp. 16. | Estudio teórico | Las ayudas analizadas se definen como "cualquier producto (incluyendo dispositivos, equipo, instrumentos, tecnología y software) fabricado especialmente, o disponible en el mercado, para prevenir, compensar, controlar, mitigar o neutralizar deficiencias, limitaciones de actividad y restricciones de participación". Se integran en la atención personal en la realización de las actividades de la vida cotidiana proporcionada por los servicios de ayuda a domicilio e incluyen: utensilios, dispositivos, aparatos o adaptaciones para suplir movimientos o ayudar en las limitaciones funcionales de las personas con discapacidad. En este estudio se analizan las ayudas técnicas para: a) Uso del retrete (asideros, sensor anti-caídas, elevador inodoro e inodoro-bidet); b) empleo de baño/ducha (asideros, sensor anti-caídas, tabla de bañera, silla giratoria, silla de ducha, alfombra antideslizante, grifo monomando, toallero, dosificador de jabón, accesorios para el baño, instalación plato de ducha); traslado sillón/cama (pasamanos pasillo, alzas, bastón simple, barandilla para la cama, trapeo cama, asiento elevador para el sillón, cama articulada con colchón antiescaras, sensor de iluminación para el pasillo). | Reducir el coste |
| Personas | 224 | Bendixen, R.M. Et Al. "Cost Effectiveness | Revisión de la | Un terapeuta ocupacional realiza una visita domiciliaria para proponer a la | Reducir el uso de servicios |

| Población destinataria | Id Documento | Referencia | Tipo de estudio | Descripción de la intervención | Objetivos evaluados |
|---|--------------|---|------------------------------|---|---|
| mayores dependientes | | of a Telerehabilitation Program to Support Chronically Ill and Disabled Elders in their Homes". <i>Telemedicine Journal and E-Health</i> , 15, 1, 2009, pp. 31-38. | literatura | persona mayor las ayudas técnicas y las modificaciones necesarias en su entorno doméstico. Le ofrece entrenamiento en el uso de las ayudas y, en los casos necesarios, le hacen un seguimiento diario remoto de sus signos vitales, a través de equipos conectados con una clínica y controlados por personal sanitario. Los terapeutas ocupacionales también se encargan de colaborar con las familias y los cuidadores de las personas mayores, así como con el equipo médico del programa. | formales |
| Personas mayores en riesgo de dependencia | 96 | Heywood, F. Turner, L. "Better Outcomes, Lower Cost. Implications for Health and Social Care Budgets of Investment in Housing Adaptations, Improvements and Equipment: a Review of the Evidence". Londres, HM Government, 2007, pp. 126. | Revisión de la literatura | Cualquier utensilio, pieza, equipamiento o producto, que haya sido comprado, modificado o customizado y cuyo uso aumente las capacidades funcionales de las personas con discapacidad. Esta definición incluye: sillas de ruedas, equipos informáticos, modificaciones en vehículos y todo tipo de dispositivos electrónicos. | <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar el estado de salud de las personas usuarias • Mejorar la calidad de vida • Prevención de caídas • Reducir el uso de servicios formales |
| Personas mayores en riesgo de dependencia | 192 | Ottenbacher, M.W.C "Effectiveness of Assistive Technology and Environmental Interventions in Maintaining Independence and Reducing Home Care Costs for the Frail Elderly: a Randomized Controlled Trial". <i>Archives of Family Medicine</i> , 8, 3, 1999, pp. 210-217. | Estudio controlado aleatorio | El servicio, liderado por un terapeuta ocupacional en colaboración con un equipo multidisciplinar, realiza una valoración en profundidad de las capacidades funcionales de las personas mayores y de las condiciones de su entorno, propone las ayudas técnicas y las adaptaciones necesarias, proporciona entrenamiento en el uso de las mismas y realiza un seguimiento continuado, adaptando las tecnologías conforme evolucionan las necesidades. | <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar o mantener la capacidad funcional • Reducir el uso de servicios formales |
| Personas con discapacidad | 98 | Andrich, R. Caracciolo, A. "Analysing the Cost of Individual Assistive Technology Programmes". <i>Disability and Rehabilitation: Assistive Technology</i> , 2, 4, 2007, pp. 207-234. | Estudio de casos | No se describe | Reducir el coste |

c) Aspectos metodológicos

Desde el punto de vista metodológico, dos de las seis investigaciones incluidas son revisiones de la literatura científica relativamente recientes (una se remonta a 2007 y la otra a 2009), uno es un ensayo aleatorio, uno es un estudio de casos y uno es un estudio teórico. Por lo que se refiere a los estudios individuales, el ensayo aleatorio tiene una buena validez interna y una validez externa satisfactoria, y el estudio de casos tiene una calidad pobre, tanto en lo referente a su validez interna como externa.

Tabla 16. Características metodológicas de los programas de ayudas tecnológicas y de adaptación de la vivienda

| Tipo de estudio | Validez interna del estudio | Validez externa del estudio | Conclusiones en cuanto a coste-efectividad | Id Documento |
|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--|--------------|
| Revisión de la literatura | No aplicable | No aplicable | Coste efectivo | 96 |
| | | | No coste-efectivo | 224 |
| Estudio controlado aleatorio | Satisfactoria | Buena | Coste efectivo | 192 |
| Estudio de casos | Pobre | Pobre | Coste efectivo | 98 |
| Estudio teórico | No aplicable | No aplicable | Coste efectivo | 78 |
| | | | | 143 |

d) Resultados de las intervenciones

Por lo que se refiere a la consecución de los resultados evaluados en los programas de ayudas tecnológicas, puede decirse que las intervenciones se muestran eficaces a la hora de reducir el uso de servicios sanitarios y sociales y también a la hora de reducir el coste. Los estudios revisados indican además que las ayudas tecnológicas pueden tener efectos positivos sobre la salud y la calidad de vida de las personas usuarias, reducir el riesgo de sufrir caídas y mejorar su capacidad funcional.

Respecto a la utilización de servicios sanitarios y sociales, dos de los tres estudios que han analizado este aspecto (Lansley, et al., 2004 y Heywood, Tumer, 2007) indican que la intervención tiene efectos positivos y las ayudas tecnológicas pueden reducir la necesidad de apoyo por parte de terceras personas. Por ejemplo, el estudio teórico llevado a cabo por Lansley, P. et al. (2004) estima que el coste de las ayudas proporcionadas podría recuperarse

en un periodo de tiempo relativamente breve (entre 0,8 y 6,1 años) gracias a la reducción del apoyo formal necesario para mantener a las personas mayores en su domicilio, lo que permitiría recuperar la inversión realizada dentro de la esperanza de vida estimada para éstas. Por otra parte, la revisión de la literatura realizada por Heywood, F y L. Turner (2007) indica que los programas de ayudas tecnológicas pueden reducir el uso de la ayuda a domicilio y de servicios residenciales. Los estudios revisados por estos autores indican que las ayudas tecnológicas son especialmente efectivas en el caso de personas jóvenes con discapacidad (incluidas las personas mayores jóvenes). En base a los estudios revisados los autores concluyen que, cuando la adaptación realizada o la ayuda provista consiguen eliminar la necesidad de visitas diarias o nocturnas a domicilio, la inversión realizada se recuperará entre unos pocos meses y tres años, producirá ahorros anuales de entre 1.200 y 29.000 libras esterlinas por persona usuaria. Por lo que se refiere a la atención residencial, cuando la adaptación del hogar permite a la persona mayor vivir de forma autónoma, la inversión realizada se puede recuperar en 1 año o menos, y produce un ahorro al sistema de servicios sociales de entre 25.000 y 80.000 libras esterlinas anuales por persona atendida. Se trata de resultados muy significativos, que se derivan de una de las revisiones de literatura más solventes de todas las consultadas para la realización de este informe.

Por su parte, el estudio llevado a cabo por Bendixen, R.M. et al. (2009) para evaluar un programa de tele-rehabilitación no encuentra efectos positivos de la intervención sobre el uso de servicios sanitarios. Al contrario, las personas que participan en el programa parecen hacer un mayor uso de servicios ambulatorios, cuya utilización prácticamente se duplicó entre las personas que participaron en el programa en el año posterior a la intervención, en comparación con un año antes. Las estancias hospitalarias y en centros residenciales sin embargo se redujeron, aunque las diferencias con el grupo que recibió la atención habitual no fueron estadísticamente significativas. Con todo, los autores señalan que el aumento de la utilización de servicios sanitario en el grupo que recibió tele-rehabilitación pudo deberse a la monitorización diaria, que incrementó las probabilidades de que pequeñas patologías o síntomas fueran detectados y tratados rápidamente. Este mayor uso de servicios sanitarios, teniendo un carácter preventivo, podría derivarse en un ahorro del gasto sanitario a más largo plazo, por lo que consideran que sería necesario un periodo de seguimiento más largo para evaluar el verdadero impacto del programa.

Sin centrarse explícitamente en el uso de servicios sanitarios o sociales, otros dos de los estudios revisados (Poveda, et al., 2009 y Andrich, Caracciolo, 2007) han analizado el efecto de las ayudas tecnológicas en el gasto sanitario, y ambos refieren resultados positivos. El estudio español realizado por Poveda, R. et al. (2009) estima los posibles beneficios de distintos niveles de intervención (desde intervenciones con ayudas técnicas básicas, a apoyos tecnológicos más complejos) a partir de la su contribución a la hora de prevenir fracturas de cadera; úlceras por presión de grado I, la institucionalización de las personas mayores (aplazamiento de 6, 12 o 18 meses) y la reducción del tiempo de atención por parte del familiar (del 30%, 60% o 90%). A partir de estas premisas, estiman que el coste neto de la intervención (costes – beneficios) podría oscilar entre los 25,5 millones de euros anuales de ahorro, hasta los 321 millones de coste. No obstante, las intervenciones básicas (ayudas técnicas simples como alfombra, asideros y tabla de transferencia para la bañera, elevador de retrete y asideros para la taza, alzas para el sofá y la cama y barandilla para la cama), resultarían coste-efectivas en todos los escenarios planteados.

El estudio italiano de Andrich, R. y A Caracciolo (2007) también refiere costes muy variables dependiendo de las necesidades de las personas usuarias, con costes adicionales para el programa que oscilarían entre un ahorro de más de 152.000 euros por persona usuaria, a costes de más de 172.000 euros. No obstante, calculan que, por término medio, se puede conseguir un ahorro de unos 24.000 euros por caso.

Tal y como se ha comentado al describir las intervenciones evaluadas, además de la utilización de recursos sanitarios y sociales y de la reducción del coste asociado a la atención de personas mayores y con discapacidad, algunos estudios también han evaluado otros objetivos complementarios como son los efectos sobre la salud, la calidad de vida o la capacidad funcional de las personas usuarias. Por lo que se refiere al estado de salud, la revisión realizada por Heywood, F. y L. Turner (2007) indica que las investigaciones realizadas permiten detectar efectos positivos de las ayudas tecnológicas a la hora de prevenir problemas de salud comunes entre las personas con discapacidad como las contracturas, las úlceras por presión, las infecciones, las quemaduras y el dolor. Este estudio también refiere efectos beneficiosos sobre la salud mental y la sensación de seguridad de las personas mayores y sobre la carga de trabajo de las personas cuidadoras. No obstante, los autores señalan que, hasta el momento, los efectos beneficiosos de las ayudas tecnológicas y de las adaptaciones sobre la salud no

han sido sistemáticamente recogidas, por lo que puede que en el futuro detecten más efectos positivos.

En cuanto al efecto de las ayudas técnicas sobre la calidad de vida de las personas que las reciben, el mismo estudio señala que se producen efectos beneficiosos en el 90% de los casos. Además señala que la mejora de la calidad de vida resulta especialmente importante cuando las ayudas proporcionadas permiten a la persona mayor evitar la ayuda a domicilio o la institucionalización. Finalmente, respecto a los efectos de las ayudas técnicas sobre la capacidad funcional de las personas mayores, el estudio llevado a cabo por Ottenbacher, M.W.C (1999) señala que éstas pueden evitar el deterioro físico de las personas usuarias, mejorando su funcionamiento físico y reduciendo el dolor. Se trata de un resultado muy significativo, que se deriva del único estudio con grupo de control aleatorio incluido en este epígrafe.

e) La relación coste efectividad de las ayudas tecnológicas y de las adaptaciones de la vivienda

Tal y como se ha señalado, cinco de los seis estudios revisados en este trabajo consideran que las ayudas tecnológicas resultan coste efectivas frente a la atención habitual. Además, cabe señalar que en el único estudio que no obtiene resultados positivos sobre coste-efectividad (una evaluación de un programa de tele-rehabilitación), los autores sugieren que podría deberse a que se precisa un periodo de seguimiento más prolongado para detectar el verdadero efecto preventivo de la intervención.

Los estudios analizados refieren importantes ahorros como consecuencia de la reducción de los servicios sociales y sanitarios utilizados por las personas que reciben ayudas técnicas y adaptaciones de la vivienda, ahorros que podrían oscilar entre 24.000 y más de 90.000 euros. Concretamente, en nuestro entorno, el estudio llevado a cabo por Poveda, R. et al. (2009) estima que la provisión de ayudas tecnológicas básicas a personas mayores usuarias del SAD podría suponer un ahorro de hasta 25 millones de euros anuales para la administración. Tales ahorros, lógicamente, tendrían lugar en caso de que efectivamente las personas atendidas fuera a utilizar, en caso de no recibir esas ayudas técnicas, los servicios residenciales y/o de asistencia domiciliaria previstos.

Tabla 17. Conclusiones básicas de los estudios sobre ayudas tecnológicas y adaptaciones de la vivienda

| Población destinataria | Id Documento | Conclusiones sobre coste-efectividad | Conclusiones |
|-------------------------------|--------------|--------------------------------------|--|
| Personas mayores dependientes | 78 | Coste efectivo | <ul style="list-style-type: none"> Las adaptaciones y ayudas técnicas pueden tanto mejorar la calidad de vida y hacerlo de manera coste-efectiva. Los resultados sugieren que las adaptaciones y ayudas técnicas llevan a ahorro que en ocasiones es significativo. <p>El éxito del resultado depende de una correcta evaluación de las necesidades, los requisitos en cuanto a adaptaciones y ayudas técnicas y de asegurarse de que estas están apropiadamente emparejadas con la vivienda del usuario y sus preferencias individuales.</p> |
| Personas mayores dependientes | 143 | Coste efectivo | <p>Desde la perspectiva del análisis de coste-beneficio, los autores concluyen que queda plenamente justificada una intervención básica y complementaria al SAD que debería comprender ayudas técnicas para facilitar la entrada y salida de la bañera (alfombra, asideros y tabla de transferencia), sentarse y levantarse del retrete (elevador de retrete y asideros) y de la butaca (alzas), el desplazamiento en el interior de la casa (bastón) y entrada y salida de la cama (alzas cama y barandilla).</p> <p>Además, los autores concluyen que “las pequeñas intervenciones tienen un impacto global muy importante cuando se repiten muchas veces, por ejemplo, al afectar a un número de población elevado (personas mayores con servicio SAD) pueden alcanzar un impacto global importante, el estudio ha valorado el impacto en 25,56 millones de beneficio global anual de la intervención”.</p> |
| Personas mayores dependientes | 224 | No coste-efectivo | <p>No se apreciaron diferencias significativas entre el grupo que recibió tele-rehabilitación y el que recibió los servicios habituales en cuanto al uso de servicios sanitarios y sociales. Al contrario de lo que se esperaba, la utilización de servicios médicos ambulatorios se incrementó notablemente en el grupo de intervención.</p> <p>Los autores señalan que el aumento del gasto sanitario en el grupo de intervención pudo deberse a la monitorización diaria, que incrementó las probabilidades de que pequeñas patologías o síntomas fueran detectados y tratados rápidamente. Estas visitas, teniendo un carácter preventivo, podrían derivarse en un ahorro del gasto sanitario a más largo plazo, por lo que consideran que sería necesario un periodo de seguimiento más largo.</p> <p>Finalmente, dado que no se tuvieron en cuenta datos sobre la utilización de servicios no financiados a través de la Administración Sanitaria para Veteranos, es posible que se hubieran dado diferencias en el uso de éstos, que no pudieran ser detectados a través del estudio.</p> |
| Personas | 96 | Coste efectivo | <p>Hay evidencia suficiente de que, para la mayoría de las personas mayores, el periodo de recuperación de la inversión realizada es menor que la</p> |

| Población destinataria | Id Documento | Conclusiones sobre coste-efectividad | Conclusiones |
|---|--------------|--------------------------------------|---|
| mayores en riesgo de dependencia | | | esperanza de vida de la persona en cuestión y que conseguirá mejorar la calidad de vida de la persona usuaria. |
| Personas mayores en riesgo de dependencia | 192 | Coste efectivo | La intervención que tuvo un coste de 2.620 dólares en equipamientos y adaptaciones resultó en un ahorro de más de 19.614 dólares en servicios sanitarios y sociales. La diferencia entre el grupo de control y de intervención fue de 3.397 dólares en cuanto a servicios comunitarios, de 15.829 dólares en servicios hospitalarios y de 387 dólares en servicios residenciales. |
| Personas con discapacidad | 98 | Coste efectivo | La mayoría de los programas de ayudas tecnológicas no solamente provocan cambios positivos en la calidad de vida sino que conllevan un ahorro considerable en términos de coste social. |

4.1.2. *Programas de autocuidado*

a) Resultados generales

Como ya se ha señalado en el apartado de descripción de las intervenciones evaluadas, se han revisado diez trabajos de investigación relacionados con el desarrollo de programas dirigidos a mejorar la capacidad de autocuidado de las personas mayores y/o sus cuidadores informales, en contraposición a la atención comunitaria habitual centrada en la provisión de cuidados por parte de cuidadores profesionales. De los diez documentos revisados, ocho consideran que las intervenciones analizadas son coste-efectivas y los dos restantes estiman que no existe evidencia suficiente para afirmar si este tipo de intervención resulta o no coste-efectiva. Se puede decir por lo tanto que el 80% de las intervenciones realizadas para formar a las personas mayores y a sus cuidadores/as informales en hábitos saludables, en el manejo de la enfermedad y el control del estrés son coste-efectivas, lo que supone un porcentaje relativamente elevado en relación al conjunto de las intervenciones analizadas.

b) Descripción de las intervenciones

De los diez documentos revisados, cuatro se dirigen a personas mayores frágiles, cuatro a las personas que se ocupan de su cuidado, y dos tienen un alcance más amplio, dirigiéndose a personas con enfermedades crónicas, sin límite de edad.

Las intervenciones revisadas tienen, en general, un enfoque educativo y se llevan a cabo en el domicilio de la persona mayor o enferma. Aunque el contenido puede variar de una intervención a otra, suelen incluir programas de ejercicios, información sobre cómo llevar una dieta apropiada, sobre cómo prevenir caídas, estrategias para el manejo del estrés o sobre control sintomático, etc. Además en la mayoría de los casos se ofrece información acerca de los servicios comunitarios existentes. Por otra parte, una de las intervenciones evaluadas (Hay, et al., 2002) tiene un enfoque de especial interés para este trabajo, por cuanto que centra la intervención en las actividades cotidianas de la persona mayor, con el objetivo de fomentar un estilo de vida activo en torno a actividades que sean significativas para ella, lo que sería un enfoque coincidente con la filosofía de la planificación centrada en la persona que pretende impulsar la Fundación Matia.

El perfil profesional de las personas que llevan a cabo la intervención no aparece descrito en todos los casos, pero en los casos en los que se detalla varía de una intervención a otra. En un caso la intervención es prestada por personal de enfermería (auxiliares de enfermería), en otro caso es un o una terapeuta ocupacional, en un caso se trata de un o una trabajadora social y finalmente, en un caso, la intervención es llevada a cabo por personal no profesional. Lógicamente, el perfil de la persona que realiza la intervención depende del enfoque que se le quiera dar a la intervención y también afectará los costes de la misma.

Por lo que se refiere a los objetivos que se plantean conseguir por medio de las intervenciones evaluadas, siete de los diez documentos revisados apuntan a que pretenden reducir el uso de servicios sanitarios gracias a la intervención, cuatro refieren también como objetivo mejorar la calidad de vida de las personas usuarias y tres pretenden mejorar su estado de salud. Otros objetivos que se persiguen son: incrementar la autoeficacia de las personas usuarias, incrementar su grado de autodeterminación y autocontrol, mejorar o mantener su capacidad funcional, reducir la carga de trabajo de las personas cuidadoras informales, prolongar la permanencia de las personas mayores en sus domicilios e incrementar su grado de satisfacción.

Tabla 18. Descripción de las intervenciones analizadas en el ámbito de los programas de promoción del autocuidado

| Población destinataria | Id Documento | Referencia | Tipo de estudio | Descripción de la intervención | Objetivos evaluados |
|---|--------------|--|---------------------------------|---|--|
| Personas mayores en riesgo de dependencia | 117 | Sahlen, K.G. Et Al. "Preventive Home Visits to Older People Are Cost-Effective". Scandinavian Journal of Public Health, 36, 3, 2008, pp. 265-271. | Estudio controlado no aleatorio | La intervención consiste en 4 visitas a domicilio a personas de 75 o más años con el objeto de promover que se adquiriera o mantenga un estilo de vida saludable y se preserve la habilidad funcional en lo máximo posible. El foco de la intervención son la actividad física, la prevención de caídas, la dieta y los problemas típicos de las personas muy mayores. También se informa a los usuarios de los recursos de atención para personas mayores, de los recursos sanitarios de atención primaria y de actividades sociales, así como de las cuotas asociadas a dichas actividades. | Mejorar la calidad de vida |
| Personas mayores en riesgo de dependencia | 162 | Markle-Reid, M. Et Al. "The Effectiveness and Efficiency of Home-Based Nursing Health Promotion for Older People: a Review of the Literature". Medical Care Research and Review, 63, 5, 2006, pp. 531-569. | Revisión de la literatura | Se analizan diferentes programas de visitas domiciliarias preventivas que comparten una estrategia común de promoción sanitaria. Los programas revisados en este documento abarcan diferentes tipos de servicios: educación para la salud en nutrición, ejercicio, manejo del estrés, atención por parte de enfermeras, etc. | <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar el estado de salud de las personas usuarias • Retrasar o evitar la institucionalización • Reducir el uso de servicios sanitarios • Mejorar o mantener la capacidad funcional • Incrementar el grado de satisfacción de las personas usuarias |
| Personas mayores en riesgo de dependencia | 220 | Hay, J. Et Al. "Cost-Effectiveness of Preventive Occupational Therapy for Independent-Living Older | Estudio controlado aleatorio | Se trata de un programa de terapia ocupacional preventiva que se realiza con grupos de 8 a 10 personas mayores. El programa tiene por objetivo que las personas mayores comprendan los efectos beneficiosos de mantener una actividad regular y significativa | <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la calidad de vida • Reducir el uso de servicios formales |

| Población destinataria | Id Documento | Referencia | Tipo de estudio | Descripción de la intervención | Objetivos evaluados |
|---|--------------|--|------------------------------|--|--|
| | | Adults". Journal of the American Geriatrics Society, 50, 8, 2002, pp. 1381-1388. | | asociada a sus actividades diarias y que sean capaces de cambiar sus estilos de vida para incorporar dicha actividad de forma que prevengan el deterioro funcional y la enfermedad. | |
| Personas mayores en riesgo de dependencia | 235 | Turning Point "Benefits Realisation: Assessing the Evidence for the Cost Benefit and Cost Effectiveness of Integrated Health and Social Care". Londres, Turning Point, 2010, pp. 54. | Revisión de la literatura | Los servicios "self-care" son servicios que promueven el autocuidado y la auto-gestión de servicios por parte de las personas mayores. | <ul style="list-style-type: none"> • Reducir el uso de servicios sanitarios • Reducir el uso de servicios hospitalarios • Incrementar la autodeterminación o autocontrol de las personas usuarias |
| Personas cuidadoras informales | 213 | Toseland, R.W. Smith, T.L. "The Impact of a Caregiver Health Education Program On Health Care Costs". Research On Social Work Practice, 16, 1, 2006, pp. 9-19. | Estudio controlado aleatorio | <p>Se trata de un programa de formación destinada a los cónyuges de personas mayores dependientes que tiene como objetivo mejorar su capacidad de autocuidado y de cuidar de la persona dependiente.</p> <p>Se forman grupos de entre 5 y 8 cuidadores a los que se les ofrecen 8 sesiones semanales de 2 horas de duración, seguidas de 10 sesiones mensuales de mantenimiento de 2 horas de duración cada una.</p> <p>Los principales componentes del programa de formación son: (a) estrategias de afrontamiento basadas en las emociones, (b) educación sobre el cuidado y los recursos comunitarios existentes (c) estrategias de resolución de problemas y (d) apoyo grupal.</p> | Reducir el uso de servicios sanitarios |
| Personas cuidadoras informales de per- | 215 | Nichols, L.O. Et Al. "The Cost-Effectiveness of a Behavior Intervention with | Estudio controlado | Se trata de una intervención individual, con una duración de 6 meses. Durante este tiempo, las personas usuarias reciben 12 sesiones de intervención (9 visitas domiciliarias y 3 por contacto | Reducir la carga de trabajo de las personas cuidadoras |

| Población destinataria | Id Documento | Referencia | Tipo de estudio | Descripción de la intervención | Objetivos evaluados |
|--------------------------------|--------------|--|------------------------------|--|----------------------------|
| sonas con Alzheimer | | Caregivers of Patients with Alzheimer's Disease". Journal of the American Geriatrics Society, 56, 3, 2008, pp. 413-420. | aleatorio | telefónico). Además participan en 5 sesiones telefónicas de apoyo en grupo (5 o 6 cuidadores/as). | |
| Personas cuidadoras informales | 218 | Drummond, M.F. Et Al. "Economic Evaluation of a Support Program for Caregivers of Demented Elderly". International Journal of Technology Assessment in Health Care, 7, 2, 1991, pp. 209-219. | Estudio controlado aleatorio | <p>Es una intervención de apoyo dirigida a ayudar a los cuidadores a aumentar su competencia en el cuidado del familiar dependiente y proporcionarles una sensación de control en sus funciones de cuidador.</p> <p>La intervención consiste en visitas, de carácter regular, a domicilio por parte de enfermeras de apoyo. En un principio, las visitas eran semanales pero se van ajustando a las necesidades de cada caso específico. En las visitas se orienta a los cuidadores a que reciban ayuda de servicios sociales y tratamiento médico en caso de que sea necesario. Además, se les proporciona formación específica sobre la demencia.</p> <p>El programa proporciona 4 horas semanales de servicio de respiro a domicilio que pueden verse ampliadas a demanda del usuario y se anima a los cuidadores y otros familiares a participar en un grupo de auto-ayuda de carácter mensual y en sesiones de 2 horas.</p> | Mejorar la calidad de vida |
| Personas cuidadoras informales | 229 | Pickard, L. "The Effectiveness and Cost-Effectiveness of Support and Services to Informal Carers of Older People. A Review of the Literature Prepared for the | Revisión de la literatura | Son grupos de auto-ayuda que pueden estar ubicados en hospitales, centros de adultos, genéricos, específicos, con diferentes focos de atención, implementados por distintos organismos, etc. | Mejorar la calidad de vida |

| Población destinataria | Id Documento | Referencia | Tipo de estudio | Descripción de la intervención | Objetivos evaluados |
|------------------------------------|--------------|--|------------------------------|---|---|
| | | Audit Commission". Londres, Audit Commission, 2003, pp. 90. | | | |
| Personas con enfermedades crónicas | 210 | Kennedy, A. Et Al. "The Effectiveness and Cost Effectiveness of a National Lay-Led Self Care Support Programme for Patients with Long-Term Conditions: a Pragmatic Randomised Controlled Trial". Journal of Epidemiology and Community Health, 61, 3, 2007, pp. 254-261. | Estudio controlado aleatorio | La intervención consiste en un programa formativo genérico, impartido por personal no profesional, cuyo objetivo consiste en mejorar las habilidades de autocuidado de las personas con una enfermedad crónica. La intervención tiene una duración de 6 semanas, y consiste en una sesión formativa de 2,5 horas a la semana. Se trata de una adaptación del Chronic Disease Self Management Programme (CDSMP) Estadounidense. La formación combina sesiones teóricas (sobre relajación, dieta, ejercicio, fatiga, cómo salir del círculo sintomático, control del dolor y sobre medicación y comunicación) y sesiones prácticas, en las que la persona mayor se plantea una acción específica y razonable para mejorar su estado de salud y realiza un plan detallando qué, cuánto, cuándo y con qué frecuencia va a llevar a cabo dicha acción. También debe establecer su grado de confianza en sus posibilidades para llevar a cabo este plan de acción. El objetivo de estas sesiones prácticas es incrementar la autoeficacia de las personas usuarias, a medida que se les enseña a refinar sus objetivos y planes hasta tener plena confianza en que los pueden realizar. En la sesión siguiente los participantes cuentan cómo les ha ido en la realización de su plan y discuten con el grupo las dificultades encontradas. Se trata de un proceso de aprendizaje social. | <ul style="list-style-type: none"> • Empoderamiento / incrementar la autoeficacia • Mejorar el estado de salud de las personas usuarias • Reducir el uso de servicios sanitarios |
| Personas con enfermedades crónicas | 211 | Richardson, G. Et Al. "Cost Effectiveness of the Expert Patients Programme (EPP) for Patients with Chronic | Estudio teórico | La intervención consiste en un programa formativo genérico, impartido por personal no profesional, cuyo objetivo consiste en mejorar las habilidades de autocuidado de las personas con una enfermedad crónica. La intervención tiene una duración de 6 | <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar el estado de salud de las personas usuarias • Reducir el uso de servi- |

| Población destinataria | Id Documento | Referencia | Tipo de estudio | Descripción de la intervención | Objetivos evaluados |
|-------------------------------|---------------------|--|------------------------|--|----------------------------|
| | | Conditions". Journal of Epidemiology and Community Health, 62, 4, 2008, pp. 361-367. | | semanas, y consiste en una sesión formativa de 2,5 horas a la semana. Se trata de una adaptación del Chronic Disease Self Management Programme (CDSMP) Estadounidense. | cios sanitarios |

c) Aspectos metodológicos

Desde el punto de vista metodológico, tres de las diez investigaciones revisadas son, a su vez, revisiones de la literatura científica, cinco son ensayos aleatorios, uno es un estudio controlado no aleatorio y uno es un modelo teórico. Por lo que se refiere a la calidad de los estudios individuales, y refiriéndonos a la validez interna de los mismos (es decir, al grado de fiabilidad de los resultados), uno –el estudio con grupo de control no aleatorio– puede considerarse bueno, cuatro ensayos aleatorios y el estudio teórico tienen una calidad suficiente o satisfactoria y uno de los ensayos aleatorios tiene una calidad insuficiente. Por lo que se refiere a la validez externa (es decir, a la medida en que sus resultados pueden considerarse representativos) todos los estudios se consideran de buena calidad.

Tabla 19. Características metodológicas de los estudios sobre programas de promoción del autocuidado

| Tipo de estudio | Validez interna del estudio | Validez externa del estudio | Conclusiones en cuanto a coste-efectividad | Id Documento |
|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--|--------------|
| Revisión de la literatura | No aplicable | No aplicable | Coste efectivo | 162 |
| | | | | 235 |
| | | | No concluyente | 229 |
| Estudio controlado aleatorio | Pobre | Buena | No concluyente | 218 |
| | Satisfactoria | Buena | Coste efectivo | 210 |
| | | | | 213 |
| | | | | 215 |
| | | | | 220 |
| Estudio controlado no aleatorio | Buena | Buena | Coste efectivo | 117 |
| Estudio teórico | Satisfactoria | Buena | Coste efectivo | 211 |

d) Resultados de las intervenciones

Los resultados de los estudios revisados son por lo general positivos en lo que se refiere a la utilización de servicios sanitarios, lo que va normalmente asociado a una mejora del estado de salud y de la calidad de vida de las personas usuarias, aunque, en este caso, quizá debido a la gran variedad de indicadores utilizados para medir el efecto de las intervenciones, los resul-

tados de los diferentes estudios son menos consistentes. Respecto al resto de los objetivos declarados –incrementar la autoeficacia, retrasar la institucionalización, reducir la carga de las personas cuidadoras, etc.– los resultados son prometedores, aunque generalmente se basan, cada uno de ellos, en un único estudio.

La reducción del uso de servicios sanitarios es uno de los objetivos evaluados por un mayor número de estudios (siete de diez) y la mayoría de ellos (cinco de siete) refieren buenos resultados. Existen, no obstante, discrepancias en torno a cuáles son los servicios en los que tiene impacto la intervención: cuatro estudios (Kennedy, et al., 2007, Markle-Reid, et al., 2006, Richardson, G, et al., 2008 y Turning Point, 2010) refieren una menor utilización de los servicios hospitalarios (ingresos hospitalarios y urgencias), con reducciones de hasta el 50% (Turning Point, 2010) en su uso. Por otra parte, dos de las tres revisiones incluidas también indican una reducción de los servicios ambulatorios. La revisión realizada por *Turning Point* (2010) refiere reducciones de hasta un 69% en las visitas al médico de cabecera (confirmadas, en mayor o menor medida, por cuatro estudios independientes). La revisión llevada a cabo por Markle-Reid, M. et al (2006) también indica que cinco de los once estudios revisados en su trabajo refieren reducciones significativas en el uso de servicios de enfermería. Por otra parte, aunque en tres estudios las diferencias observadas entre el grupo de personas que participaron en el programa de autocuidado y aquellas que no lo hicieron en cuanto al uso de servicios sanitarios no alcanzaron significatividad estadística (Richardson, et al., 2008, Kennedy, et al., 2007 y Hay, et al., 2002), la reducción sí se tradujo en una reducción considerable del coste para las personas participantes.

Tal y como se ha mencionado, los resultados en cuanto a la mejora del estado de salud y de la calidad de vida de las personas usuarias también son positivos, aunque algo menos consistentes. En total, seis de las siete investigaciones que han evaluado este aspecto muestran algún efecto positivo de la intervención, pero la mayoría también mencionan indicadores en los que no se detectan los beneficios esperados. Así, por ejemplo, la revisión llevada a cabo por Markle-Reid, M. et al. (2006) refiere que de los seis estudios incluidos en su trabajo que evaluaron depresión, estatus psicológico, ansiedad, soledad y apoyo social percibido, sólo en uno de ellos el programa de autocuidado mostró efectos favorables en la reducción de los

niveles de depresión. De la misma manera, el ensayo controlado llevado a cabo por Kennedy, A. et al. (2007) detectó efectos positivos en la energía o vitalidad de las personas participantes, en sus limitaciones para el desempeño social, en su bienestar psicológico y en su grado de ansiedad respecto a la salud. No obstante, no se apreciaron diferencias en las escalas para medir el estado general de salud o el dolor.

Desde una perspectiva más sintética, los tres estudios que analizaron los beneficios de la intervención en términos de años de vida ajustados por calidad (AVAC) ganados gracias a la intervención, refirieron resultados positivos, con diferencias que oscilan entre los 0,02 AVAC de ganancia en el estudio de Richardson, G. et al. (2008) y 5,2 AVAC en el estudio de Hay, J. et al. (2002).

Al margen del estado de salud, las intervenciones de autocuidado llevadas a cabo también parecen tener un efecto positivo sobre la capacidad funcional de las personas mayores. La revisión realizada por Markle-Reid, M. et al. (2006), señala, en este sentido, que en cuatro de los ocho estudios que analizaron los logros funcionales de los participantes se obtuvieron resultados positivos en esta variable. Respecto al potencial de las intervenciones evaluadas para prolongar el mantenimiento de las personas mayores en su entorno habitual, esta misma revisión refiere que en cinco de los once estudios que investigaron el efecto de la intervención sobre el uso de los servicios residenciales las personas que recibieron el programa de autocuidado hicieron un menor uso de estos recursos. Cabe destacar, en este sentido, que uno de los estudios que analizó de forma combinada los resultados sobre mortalidad e institucionalización encontró que más participantes del grupo de intervención estaban vivos y fuera del ámbito residencial a los dos y tres años de seguimiento posteriores a la intervención (Markle-Reid, et al., 2006).

Los resultados sobre el impacto de la intervención en los otros objetivos mencionados se basan, como ya se ha dicho, en un único estudio de evaluación. El ensayo aleatorio realizado por Nichols, L.O. et al. (2008) refiere que la intervención evaluada tuvo un impacto favorable en la carga de trabajo de las personas cuidadoras, reduciendo, por término medio, en 1,3 horas diarias su dedicación a la persona con Alzheimer. Finalmente, un estudio que analizó el

nivel de satisfacción de las personas cuidadoras con la intervención encontró resultados positivos en este aspecto (Markle-Reid, et al., 2006).

e) La relación coste efectividad de los programas de promoción del autocuidado

Como ya se ha indicado en el apartado sobre resultados generales, ocho de las diez investigaciones revisadas obtienen resultados favorables en cuanto a coste-efectividad, lo que permite concluir que existe evidencia suficiente para afirmar que las intervenciones educativas que tienen por objetivo mejorar la capacidad de las personas mayores y de sus familiares para cuidar de sí mismas son coste-efectivas frente a la atención habitual o a la no-intervención. En el caso de las intervenciones dirigidas a las propias personas mayores (cuatro estudios) o a personas con enfermedades crónicas (dos estudios), el porcentaje de investigaciones que refieren un resultado positivo de coste-efectividad es del 100%. En el caso de las intervenciones dirigidas a las personas cuidadoras, dos de las cuatro investigaciones revisadas (Drummond, et al., 1991 y Pickard, 2003) refieren que no existe suficiente evidencia para afirmar que las intervenciones son coste-efectivas, aunque en una de ellas (Drummond, et al., 1991) sí se obtiene una ganancia en términos de años de vida ajustados por calidad (AVAC); en ese caso, la imposibilidad de extraer una conclusión clara se achaca a limitaciones metodológicas por el pequeño tamaño de la muestra utilizada.

Seis de los diez estudios revisados (Sahlen, et al., 2008, Markle-Reid, et al., 2006, Kennedy, et al., 2007, Richardson, et al., 2008, Toseland, Smith, 2006 y Turning Point, 2010) indican que la intervención genera un ahorro económico para la Administración gracias a la reducción del uso de servicios sanitarios entre las personas que recibieron el programa de promoción del autocuidado. Este ahorro, cuando se añade a los beneficios obtenidos gracias a la intervención en términos de salud y calidad de vida de las personas usuarias, hace que las intervenciones resulten claramente coste-efectivas. Por otra parte, los cuatro trabajos que han llevado a cabo un estudio de coste-utilidad (Markle-Reid, et al., 2006, Hay, et al., 2002, Richardson, et al., 2008 y Drummond, et al., 1991) indican que el coste de generar un año de vida ajustado por calidad (AVAC) adicional gracias a la intervención se sitúa por debajo de los umbrales habituales de la disposición social a pagar por dicho beneficio; sin embargo, en uno de ellos

(Drummond, et al., 1991), los autores consideran que los resultados no pueden considerarse concluyentes debido al pequeño tamaño de la muestra utilizada.

Resulta de especial interés señalar, en el marco del presente trabajo, el resultado de uno de los trabajos de investigación (Hay, et al., 2002), que demostró que la intervención evaluada (un programa de actividades organizada en torno a las actividades cotidianas de las personas mayores) era coste-efectiva frente a otros programas de actividades generales, lo que, de acuerdo con los autores, indica que los beneficios no provienen de la actividad *per se*, sino de la realización de actividades que sean significativas para la persona mayor, y que estén bien integradas en su rutina diaria. Este resultado, vendría a apoyar el modelo de atención centrada en la persona que se quiere impulsar en la CAPV.

Tabla 20. Conclusiones básicas de los estudios analizados en el ámbito de los servicios de promoción del autocuidado

| Población destinataria | Id Documento | Conclusiones sobre coste-efectividad | Conclusiones |
|---|--------------|--------------------------------------|--|
| Personas mayores en riesgo de dependencia | 117 | Coste efectivo | Si se considera únicamente el coste de la atención social y sanitaria utilizada durante los 4 años de seguimiento de las personas que participaron en la investigación se obtiene un ahorro económico considerable, además de una mejora del estado de salud de las personas. Si se consideran los gastos sanitarios y sociales adicionales que generan los años de vida ganados gracias a la intervención, se calcula un coste de unos 14.000 € por año de vida ganado, coste que resulta muy inferior al que comúnmente se considera el umbral de la disposición social a pagar por un año de vida ganado. |
| | 162 | Coste efectivo | <ul style="list-style-type: none"> • Los autores concluyen que los programas de autocuidado pueden influir favorablemente en el estatus físico y funcional de sus usuarios, en las tasas de mortandad, en el uso de hospitales y centros residenciales así como en sus costes. <p>Además, los resultados muestran que aquellas intervenciones en las que las enfermeras muestran un rol más intensivo a la hora de identificar problemas parecen ser más efectivas que aquellas en las que el foco de atención es un problema único y la provisión de información o apoyo emocional.</p> <ul style="list-style-type: none"> • De los 12 estudios analizados solamente uno llevó a cabo un análisis completo de coste-efectividad. Este trabajo concluyó que el coste para cada año de vida sin discapacidad que se obtiene gracias a la intervención es de alrededor de 6.000\$. Esta cifra se obtiene de contar el número de días de estancias en hospital o residencias que fueron evitados. <p>Otros cinco estudios compararon los costes generados por la intervención y los costes evitados gracias a ella. Tres de estos estudios mostraron que se obtenía un ahorro de recursos económicos gracias al menor uso de servicios residenciales.</p> |
| | 220 | Coste efectivo | <p>Dado que en los Estados Unidos se admite una disposición social a pagar de hasta 50.000 \$ por AVAC, los autores consideran la intervención coste-efectiva, con una probabilidad del 95%. Si se utilizaran los umbrales admitidos en España (30.000 euros por AVAC en 2003), también podría considerarse coste-efectiva (actualizando los precios utilizados -dólares de 1995- a 2003 el coste máximo por AVAC sería de 30.702 \$).</p> <p>El hecho de que el programa de terapia ocupacional fuera coste-efectivo en relación con el grupo de control activo, que recibió un programa general de actividades de ocio, es importante, ya que demuestra que no es la actividad per se la que puede mejorar la salud y el bienestar, sino más bien actividades que sean significativas para la persona usuaria y que estén insertadas de forma coherente en la rutina diaria de las personas mayores.</p> |

| Población destinataria | Id Documento | Conclusiones sobre coste-efectividad | Conclusiones |
|------------------------------------|--------------|--------------------------------------|--|
| | 235 | Coste efectivo | Los servicios de autocuidado son coste-efectivos ya que permiten reducir el uso de servicios sanitarios, reducen el número de admisiones hospitalarias y promueven la autoeficacia de sus usuarios. Además, la reducción del uso de servicios sanitarios y hospitalarios permite ahorrar dinero a la administración. |
| Personas cuidadoras informales | 213 | Coste efectivo | El coste de la intervención fue de algo más de 257 \$ por persona, mientras que el ahorro que supuso a la organización sanitaria fue de más de 5.800 por persona, lo que significa que la intervención es claramente coste-beneficiosa. Hay que tener en cuenta, no obstante, que no se investigó la posible transferencia de costes a otros sistemas como el de servicios sociales. |
| | 215 | Coste efectivo | Los datos indican que a una disposición a pagar de 4,96 dólares por hora adicional de tiempo libre para una persona cuidadora, la intervención resultaría coste-efectiva. Visto desde la perspectiva del coste-beneficio, si se valúan las horas de tiempo libre ganadas a 8,12 dólares/hora (salario estándar de una asistente domiciliaria), se observa que el beneficio de la intervención sería de 10,56 dólares, siendo su coste de 4,96 dólares. |
| | 218 | No concluyente | El estudio muestra una ganancia de 0,11 AVAC en seis meses de intervención, lo que implica un coste de algo más de 20.000\$ (canadienses) por AVAC ganado. Aunque este resultado señala que la intervención podría resultar coste-efectiva a umbrales habituales de la disposición social a pagar por un AVAC, las limitaciones metodológicas por el pequeño tamaño de la muestra impiden realizar afirmaciones rotundas al respecto. |
| | 229 | No concluyente | No hay evidencia empírica suficiente para afirmar que los grupos de autoayuda sean coste-efectivos. |
| Personas con enfermedades crónicas | 210 | Coste efectivo | La intervención resultó coste-efectiva ya que consiguió incrementar la autoeficacia de las personas usuarias, instaurar algunos hábitos saludables y, en consecuencia, se consiguió mejorar su estado de salud. No se produjo una reducción estadísticamente significativa en el uso de los servicios de salud, aunque ésta fue suficiente para que el coste total de los servicios utilizados por las personas del grupo de intervención fuera menor que el del grupo de control (el coste de los servicios sanitarios utilizados por las personas del grupo de intervención fue 27 libras esterlinas (41€) menor que en el grupo de control) |
| | 211 | Coste efectivo | La intervención resultó claramente coste-efectiva puesto que se consiguió mejorar la salud de las personas usuarias a un coste sanitario menor que en el grupo de control. Este resultado se mostró robusto frente a diferentes análisis de sensibilidad. No obstante, para verificar este dato los autores calcularon el Beneficio Monetario neto (Net Monetary Benefit) que se conseguiría para distintos |

| Población destinataria | Id Documento | Conclusiones sobre coste-efectividad | Conclusiones |
|------------------------|--------------|--------------------------------------|---|
| | | | valores de la disposición social a pagar por un AVAC. De esta forma estiman que a un valor convencional de 20.000 libras esterlinas por AVAC (valor que el NHS considera aceptable pagar por un AVAC ganado) la probabilidad de que la intervención fuera coste-efectiva sería del 94%. |

4.1.3. *Visitas domiciliarias preventivas*

a) Resultados generales

En total, se han hallado cuatro estudios de coste efectividad relacionados con las visitas domiciliarias de carácter preventivo. De las cuatro intervenciones analizadas, tres se han considerado coste efectivas y una no coste efectiva, sin que se hayan hallado casos de relaciones no dominantes o resultados no concluyentes.

b) Descripción de las intervenciones

Como se observa en la tabla 21, las intervenciones basadas en las visitas preventivas a domicilio tienen un carácter eminentemente sanitario; de hecho, en dos de los casos el personal involucrado es personal de enfermería, mientras que en otro el programa se desarrolla mediante un equipo multidisciplinar. Todas ellas, por otra parte, se dirigen a personas mayores dependientes o en riesgo de dependencia, no habiéndose hallado experiencias en las que este tipo de programas se dirijan a personas con discapacidad.

Las características de las cuatro intervenciones analizadas son muy similares. La intervención descrita por Melis (2008) se realizó en Holanda y compara un programa específico de visitas domiciliarias con el seguimiento sanitario convencional de las personas mayores. El programa consiste en seis visitas domiciliarias realizadas durante un periodo de tres meses por parte de una enfermera geriátrica. En estas visitas se realizó a los pacientes una evaluación y planificación geriátrica complementaria. La intervención descrita por Stuck (1995) consiste también en una serie de visitas a domicilio en las que se realiza una valoración geriátrica exhaustiva, que incluye una evaluación de la situación médica, del estatus funcional, de la salud mental, del apoyo social y de la adecuación del entorno. Dicha valoración consiste en evaluar los posibles problemas y los posibles factores de riesgo de padecer una discapacidad. Además, la evaluación cuenta con recomendaciones específicas entre las que destacan las de la educación para la salud. Una vez realizada la evaluación se realiza un seguimiento trimestral con el objeto de supervisar la puesta en marcha de lo recomendado y para detectar posibles nuevos

problemas. La intervención tuvo lugar durante tres años y con carácter anual se realizó una evaluación geriátrica exhaustiva en el domicilio de los participantes.

La intervención evaluada por Markle-Reid et al. (2006), denominada *Proactive nursing health promotion*, consiste en contactos o visitas al menos semestrales por parte de una enfermera. Previamente se realiza una evaluación inicial para conocer el estado de salud de la persona atendida y se identifican posibles factores de riesgo (depresión, demencia, consumo de múltiples fármacos o enfermedades que se repiten en el tiempo). Durante el periodo de seguimiento se proporciona a las personas usuarias nociones básicas sobre educación para la salud, sobre estilos de vida saludables y sobre el manejo de enfermedades crónicas desde un enfoque de participación. Finalmente, el programa analizado por Bouman et al. (2008) consiste en ocho visitas domiciliarias, con un seguimiento telefónico, durante un periodo de 18 meses, con visitas cada dos meses, aproximadamente. Tres enfermeras especializadas en atención domiciliaria llevaron a cabo bajo la supervisión de una enfermera comunitaria las visitas, que consistieron en una evaluación geriátrica de riesgos y problemas, asesoramiento y derivación a servicios profesionales y comunitarios.

Los objetivos de las cuatro intervenciones son por otra parte relativamente comunes: los más habituales son mejorar o mantener al capacidad funcional, reducir el uso de servicios hospitalarios, y retrasar o evitar la institucionalización. El estudio de Markle-Reid (2006) señala también como objetivos de la intervención las mejoras de la calidad de vida de las personas atendidas y la reducción del coste de las intervenciones, mientras que el de Bouman (2008) añade el objetivo de reducir el uso de servicios formales.

Tabla 21. Descripción de las intervenciones analizadas en el ámbito de las visitas domiciliarias preventivas

| Id Documento | Referencia | Tipo de estudio | Población destinataria | Descripción de la intervención | Objetivos evaluados |
|--------------|---|------------------------------|---|---|---|
| 110 | Melis, R.J.F. et al. "Cost-effectiveness of a multidisciplinary intervention model for community-dwelling frail older people". The Journals of Gerontology, vol. 63A, nº 3, 2008, pp. 275-282 | Estudio controlado aleatorio | Personas mayores dependientes | <p>Se evalúa el coste efectividad del Dutch <i>Geriatric Intervention Program</i> (DGIP) en comparación con la atención sanitaria ordinaria que reciben las personas mayores.</p> <p>Durante un máximo de 3 meses, una enfermera geriátrica visitó en seis ocasiones a personas mayores del grupo de intervención. En estas visitas, se realizó a los pacientes una evaluación y planificación geriátrica complementaria.</p> <p>La enfermera geriátrica, el médico geriatra y el de cabecera tuvieron diversas reuniones para comentar casos individuales.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar o mantener la capacidad funcional • Reducir el uso de servicios hospitalarios |
| 180 | Stuck, A.E. Et Al. "A Trial of Annual In-Home Comprehensive Geriatric Assessments for Elderly People Living in the Community". The New England Journal of Medicine, 333, 18, 1995, pp. 1184-1189. | Estudio controlado aleatorio | Personas mayores en riesgo de dependencia | <p>La intervención consiste en una serie de visitas a domicilio en las que se realiza una evaluación geriátrica exhaustiva.</p> <p>La evaluación geriátrica consiste en:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluación médica: historia médica y en pruebas físicas (análisis orina, sangre...), salud bucal, equilibrio, medicación, peso, visión y oído. - Estatus funcional - Salud mental - Apoyo social: red y calidad - Vivienda: seguridad y accesibilidad <p>Dicha valoración consiste en evaluar los posibles problemas y los posibles factores de riesgo de padecer una discapacidad. Además, la evaluación cuenta con recomendaciones específicas entre las que destacan las de la educación para la salud.</p> <p>Una vez realizada la evaluación se realiza un seguimiento trimestral con el objeto de supervisar la puesta en marcha de lo recomendado y para detectar posibles nuevos problemas.</p> <p>La intervención tuvo lugar durante tres años y con carácter anual se realizó una evaluación geriátrica exhaustiva en el domicilio de los participantes.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar o mantener la capacidad funcional • Retrasar o evitar la institucionalización • Reducir el uso de servicios hospitalarios |
| 193 | Markle-Reid, M. Et Al. "Health | Estudio con- | Personas | La intervención evaluada (Proactive nursing health promotion) tiene el objetivo de | <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la calidad de vida |

| Id Documento | Referencia | Tipo de estudio | Población destinataria | Descripción de la intervención | Objetivos evaluados |
|--------------|---|------------------------------|---|--|---|
| | Promotion for Frail Older Home Care Clients". Journal of Advanced Nursing, 54, 3, 2006, pp. 381-395. | troleado aleatorio | mayores en riesgo de dependencia | <p>reforzar las habilidades personales y apoyos con los que cuenta el usuario de cara a reducir el nivel de vulnerabilidad, aumentar la salud, mejorar la calidad de vida y reducir la demanda de recursos de atención sanitaria de precios elevados.</p> <p>La intervención consiste en:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Una enfermera contacta o visita al usuario cada 6 meses. - Se realiza una evaluación inicial para conocer el estado de salud - Se identifican factores de riesgo (depresión, demencia, consumo de múltiples fármacos o enfermedades que se repiten en el tiempo). - Se proporciona educación para la salud sobre estilos de vida saludables y el manejo de enfermedades crónicas desde un enfoque de participación. | <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar el estado de salud de las personas usuarias • Reducir el coste |
| 226 | Bouman, A. Et Al. "Effects on Health Care Use and Associated Cost of a Home Visiting Program for Older People with Poor Health Status: a Randomized Clinical Trial in the Netherlands". The Journals of Gerontology, 63a, 3, 2008, pp. 291-297. | Estudio controlado aleatorio | Personas mayores en riesgo de dependencia | <p>El programa consiste en 8 visitas domiciliarias, con un seguimiento telefónico, durante un período de 18 meses, con visitas cada dos meses, aproximadamente. 3 enfermeras especializadas en atención domiciliaria llevaron a cabo las visitas bajo la supervisión de una enfermera comunitaria.</p> <p>Las visitas incluyeron una evaluación geriátrica de riesgos y problemas, asesoramiento y derivación a servicios profesionales y comunitarios.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar el estado de salud de las personas usuarias • Reducir el uso de servicios formales • Reducir el uso de servicios hospitalarios • Retrasar o evitar la institucionalización |

c) Aspectos metodológicos

La consistencia de los resultados obtenidos puede considerarse muy alta si se tiene en cuenta, desde el punto de vista metodológico, que se trata en los cuatro casos de estudios controlados aleatorios. A diferencia de otras intervenciones analizadas en el marco de este estudio – en las que se combinan estas metodologías con otras como las revisiones de literatura, los estudios exploratorios, los análisis pre y post, etc. – en este caso puede pensarse que la consistencia de los resultados es mayor debido a la homogeneidad de los métodos de investigación utilizados y a su mayor fiabilidad. Este enfoque metodológico coincide, por otra parte, con el enfoque más sanitario de las intervenciones e, incluso, con la naturaleza de las revistas científicas en las que han sido publicados los trabajos (*Journal of Gerontology*, en dos casos, *Journal of Advanced Nursing*, en otro, y *New England Journal of Medicine*, en el último).

La tabla siguiente pone de manifiesto además que la validez interna de los estudios analizados es satisfactoria en dos casos, buena en uno y excelente en otro, mientras que en los cuatro casos la validez externa es buena, es decir, los resultados del estudio pueden ser generalizados a toda la población objeto de estudio.

Tabla 22. Características metodológicas de las intervenciones analizadas en el ámbito de las visitas domiciliarias preventivas

| Tipo de estudio | Validez interna del estudio | Validez externa del estudio | Conclusiones en cuanto a coste-efectividad | Id Documento |
|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--|--------------|
| Estudio controlado aleatorio | Buena | Buena | Coste efectivo | 110 |
| | Excelente | Buena | No coste-efectivo | 226 |
| | Satisfactoria | Buena | Coste efectivo | 180 |
| | | | | 193 |

d) Consecución de los objetivos

Los cuatro estudios analizados resultan eficaces a la hora de cumplir los objetivos señalados. Así por ejemplo, en lo que se refiere al objetivo más habitual (mejorar o mantener la capacidad funcional), Melis (2008) señala que el 31,8% del grupo de intervención presentó una

mejoría, frente al 10,6% del grupo de control, lo que representa una diferencia estadísticamente significativa. A su vez, el estudio de Stuck (1995) indica que se redujo de manera significativa el número de personas que requieren asistencia en la realización de tareas de la vida cotidiana en el grupo de personas que reciben las visitas domiciliarias preventivas y que, tras la intervención, la probabilidad de ser dependiente en las ABVD fue un 60% menor el grupo de intervención que en el grupo de control.

El estudio de Markle-Reid (2006) pone también de manifiesto resultados muy positivos en lo que se refiere a la calidad de vida de las personas atendidas en el grupo de intervención, con una mejoría significativa en el funcionamiento de salud. El mismo estudio refirió además una reducción significativa en los síntomas depresivos en el grupo de control. Por el contrario, el estudio de Bouman (2008) –que considera la intervención no coste efectiva– no halló diferencias significativas en la tasa de mortalidad de ambos grupos, ni tampoco una reducción en el uso de servicios formales. De hecho, en ese caso, tanto el número de visitas al médico de cabecera como el número de horas de asistencia domiciliaria fue más elevado en el grupo de intervención que en el de control. En cuanto al uso de servicios hospitalarios, ese mismo estudio no halló diferencias significativas entre ambos grupos. Tampoco los halló, en relación a esta cuestión, el estudio de Stuck et al. (2005), aunque sí diferencias significativas en cuanto al retraso en el ingreso en servicios residenciales.

Finalmente, desde el punto de vista de la reducción de los costes, el trabajo de Markle-Reid (2006) indica que no hubo diferencias significativas entre los grupos en la media los costes globales de los servicios sociales ni en los servicios de atención sanitaria. Además, tampoco hubo diferencias reseñables entre grupos en los costes personales directos atribuidos a los servicios de salud. Sin embargo, aunque no hubo diferencias significativas en los costes totales por grupos, los autores afirman que sí hubo diferencias significativas en cuanto al coste por persona en la prescripción de medicamentos en el grupo que recibió la intervención en comparación con el grupo control.

e) *La relación coste efectividad de las visitas domiciliarias preventivas*

Como se ha señalado al inicio de este epígrafe, de las cuatro intervenciones analizadas, sólo el programa de visitas domiciliarias evaluado por Bouman (2008) puede considerarse no coste efectivo. En ese caso, además de no cumplirse los objetivos en cuanto a mejora de la calidad de vida o reducción en el uso de servicios sanitarios, como se ha visto, la intervención resultó más costosa. En los otros tres casos, las intervenciones pueden considerarse en líneas generales coste-efectivas, aunque con algunos matices: así, para Melis (2008), si bien la intervención analizada resultó ligeramente más cara que la alternativa habitual, tiene un 95% de probabilidades de resultar coste-efectiva en la medida en que su coste es muy inferior al umbral de coste efectividad establecido. Stuck et al. (1995), por su parte, concluyen que la intervención resulta coste efectiva debido al ahorro que se deriva de la reducción en el número de estancias hospitalarias. Finalmente, Markle-Reid et al. (2006) concluyen que las visitas domiciliarias preventivas son coste efectivas ya que permiten mejorar la calidad de vida y estado de salud de sus usuarios a un coste similar que los servicios tradicionales.

Tabla 23. Resultados en términos de coste efectividad de las intervenciones analizadas en el ámbito de las visitas domiciliarias preventivas

| Id Documento | Conclusiones sobre coste-efectividad | Conclusiones |
|--------------|--------------------------------------|---|
| 110 | Coste-efectivo | Por término medio, la intervención evaluada presenta un coste ligeramente superior a la intervención habitual (750 euros). No obstante, la intervención resulta coste efectiva para una parte de las personas usuarias (los intervalos de coste de los dos grupos se solapan). La ratio coste-efectividad incremental fue de 3.418 euros por intervención exitosa. Si se toma una disposición social a pagar de 34.000 euros o más por una intervención exitosa, la intervención evaluada tiene un 95% de probabilidades de resultar coste-efectiva. |
| 180 | Coste efectivo | <ul style="list-style-type: none"> • Los autores concluyen que un programa de visitas domiciliarias que realiza evaluaciones geriátricas en profundidad puede retrasar el desarrollo de la discapacidad y puede reducir las estancias residenciales de carácter permanente de las personas mayores que viven en sus domicilios. • La reducción en número de estancias en residencias y el ahorro que ello supone hacen que las visitas domiciliarias preventivas sean una intervención coste-efectiva. |
| 193 | Coste efectivo | <ul style="list-style-type: none"> • Los servicios evaluados en este estudio mejoran la calidad de vida y el estado de salud de los participantes. Este servicio mejora la salud mental de usuarios, permite que los síntomas depresivos se reduzcan y contribuye a mejorar la percepción de apoyo social a la par que no aumentan los costes de atención sanitaria. • Los autores concluyen que las visitas domiciliarias preventivas son coste efectivas ya que permiten mejorar la calidad de vida y estado de salud de sus usuarios a un coste similar que los servicios tradicionales. |

| Id Documento | Conclusiones sobre coste-efectividad | Conclusiones |
|--------------|--------------------------------------|---|
| 226 | No coste-efectivo | El programa de visitas domiciliarias no consigue reducir el uso de servicios sanitarios y sociales por lo que presenta pocas posibilidades de resultar coste-efectiva (menos del 10%). Además, el coste total de atención sanitaria y social para el grupo de intervención es de \$450 más que para el grupo control. |

4.1.4. Fórmulas de alojamiento en la comunidad

a) Resultados generales

En total, como ya se ha señalado, se han evaluado un total de quince trabajos de investigación relacionados con el desarrollo de fórmulas de alojamiento en la comunidad (hogares de grupo, viviendas tuteladas, proyectos de vida independiente, programas de acogimiento familiar, etc.), en contraposición a las fórmulas de alojamiento de carácter institucional. De las quince intervenciones analizadas, once se han considerado coste efectivas. De las cuatro restantes, tres se consideran no dominantes –la intervención produjo mejoras significativas en la calidad de vida de las personas usuarias y en su satisfacción con la atención recibida, reduciendo la utilización de servicios comunitarios y de atención informal, pero a un coste mayor que la intervención convencional utilizada como referencia–, mientras que la última –una revisión de literatura– no arroja resultados concluyentes en términos de coste efectividad. El 73% de las intervenciones realizadas en el ámbito de las fórmulas de alojamiento en la comunidad se considera por tanto coste efectiva, lo que supone, como se ha señalado antes, un porcentaje relativamente elevado en relación al conjunto de las intervenciones analizadas.

b) Descripción de las intervenciones

La mayor parte de las intervenciones analizadas están dirigidas a personas con discapacidad intelectual, lo que probablemente refleja el interés que en el ámbito de las personas con este tipo de discapacidad han adquirido las fórmulas para la desinstitutionalización y el desarrollo de fórmulas de alojamiento en la comunidad. Así, de las quince intervenciones analizadas,

tres están dirigidas a personas mayores dependientes o en riesgo de dependencia, una a personas mayores dependientes, otra a personas mayores con demencia, y las otras diez a personas con discapacidad intelectual.

Como se observa en la tabla siguiente, entre los objetivos de las intervenciones analizadas destaca el de reducir el coste del servicio prestado, así como los de retrasar o evitar la institucionalización y mejorar la calidad de vida de las personas atendidas. Otros objetivos menos habituales son los de mejorar o mantener la capacidad funcional, incrementar el grado de satisfacción de las personas usuarias, o incrementar su grado de empoderamiento o autocontrol.

En lo que se refiere, más concretamente, al contenido de las intervenciones, la gama de modalidades o de fórmulas de alojamiento en la comunidad es amplia: programas de acogimiento familiar (un estudio), programas de vida independiente (tres estudios), hogares de grupo (un estudio), alojamiento en apartamentos comunitarios con apoyo intensivo (dos estudios), o programas de alojamiento semi-independiente con apoyo de mediana intensidad (un estudio). En cualquier caso, en la medida en que, como más adelante se detalla, una buena parte de las investigaciones analizadas corresponden a revisiones de la literatura científica, el espectro de intervenciones es sustancialmente más amplio, especialmente en lo que se refiere al ámbito de las personas con discapacidad intelectual.

Tabla 24. Descripción de las intervenciones analizadas en el ámbito del alojamiento en la comunidad

| Población destinataria | ID documento | Referencia | Tipo de estudio | Descripción de la intervención | Objetivos evaluados |
|--|--------------|--|---------------------------------|---|---|
| Personas mayores dependientes o en riesgo de dependencia | 3 | O'Shea, E. y Costello, J. "Boarding Out As An Option for the Care of Elderly People". <i>Age and Ageing</i> , 20, 2, 1991, pp. 95-99. | Estudio controlado no aleatorio | <p>Se trata de un modelo de atención que se estaba probando en Irlanda en el momento de publicación del artículo (años 90). Consiste en dar alojamiento a la persona mayor en un domicilio privado con una persona cuidadora que normalmente no pertenece a su familia. Las personas cuidadoras reciben 20 libras irlandesas semanales de la administración competente en sanidad y servicios sociales y la persona mayor aporta aproximadamente la misma cantidad de su pensión.</p> <p>La administración se encarga de dar el visto bueno a los domicilios que desean acogerse al programa y se encarga de su inspección semestral. Asimismo, en caso de crisis, la administración se hace cargo inmediatamente de la persona mayor.</p> <p>Las personas que viven en estos hogares de acogida, además de la atención del "ama de casa", normalmente hacen uso de los servicios comunitarios habituales, enfermería a domicilio, médico de familia, centro de día, etc.</p> | Reducir el coste |
| | 135 | Ashton, T. Hempenstall, C. "Research into the Financial Benefits of the Supporting People Programme, 2009". Londres, Department for Communities and Local Government, 2009, pp. 196. | Estudio controlado no aleatorio | Supporting People es un programa similar al que en nuestro entorno se conoce como "programa de vida independiente". Consiste en proporcionar distintos servicios de apoyo asociados a la vivienda para que las personas vulnerables puedan vivir de forma independiente y mejorar su calidad de vida. El servicio tiene una dimensión educativa/de tutela, con lo que se consigue que personas muy vulnerables no requieran servicios más intensivos. | Reducir el coste |
| | 233 | Turning Point "Benefits Realisation: Assessing the Evidence for the Cost Benefit and Cost Effectiveness of Integrated Health and Social Care". Londres, Turning | Revisión de la literatura | El programa "Supporting people" proporciona servicios de alojamiento en comunidad para personas vulnerables con el objetivo de mejorar su calidad de vida, salud y bienestar. | Retrasar o evitar la institucionalización |

| Población destinataria | ID documento | Referencia | Tipo de estudio | Descripción de la intervención | Objetivos evaluados |
|---------------------------------------|--------------|--|------------------------------------|--|--|
| | | Point, 2010, pp. 54. | | | |
| Personas mayores dependientes | 123 | Baumker, T. Et Al. "Costs and Outcomes of An Extra-Care Housing Scheme in Bradford". York, Joseph Rowntree Foundation, 2008, pp. 47. | Estudio pre-post sin grupo control | Son alojamientos con apoyo intensivo (extracare housing). Se evalúa un centro específico que cuenta con 46 apartamentos, de uno (20) o dos dormitorios (26), y con provisión de atención a los residentes. El centro cuenta con numerosos servicios como actividades programadas, sala de ordenadores, lavandería, peluquería, sala de fisioterapia/salud y un café-restaurante. Los usuarios pueden prepararse la comida en sus apartamentos o adquirir la comida en el café-restaurante, que abre a diario para las comidas y las cenas. | <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar o mantener la capacidad funcional • Mejorar la calidad de vida • Incrementar el grado de satisfacción de las personas usuarias |
| Personas mayores con demencia | 219 | Wimo, A. Et Al. "Cost-Utility Analysis of Group Living in Dementia Care". International Journal of Technology Assessment in Health Care, 11, 1, 1995, pp. 49-65. | Estudio controlado aleatorio | Es un recurso intermedio entre la atención en el domicilio y en residencias para personas mayores. | Mejorar la calidad de vida |
| Personas con discapacidad intelectual | 75 | Robertson, J. Et Al. "Quality and Costs of Community-Based Residential Supports for People with Mental Retardation and Challenging Behavior". American Journal on Mental Retardation, 109, 4, 2004, pp. 332-344. | Estudio controlado no aleatorio | <p>Alojamientos comunitarios ordinarios donde un 50% o menos de los residentes tienen problemas de conducta.</p> <p>Las viviendas están ubicadas cerca de alojamientos para personas con discapacidad.</p> <p>Son viviendas en las que conviven personas con conducta desafiante y personas con discapacidad intelectual sin problemas de conducta.</p> | Mejorar la calidad de vida |
| | 99 | Mansell, J. Et Al. "Deinstitutionalisation and Community Living. Outcomes and Costs: Report of a European Study. Volume 2: Main Report". Canterbury, Tizard Centre, 2007, pp. 140. | Revisión de la literatura | No se detalla | <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la calidad de vida • Reducir el coste |
| | 101 | Felce, D. Et Al. "Outcomes and Costs of Community Living: Semi Independent Living and Fully Staffed Group Homes". | Estudio controlado no aleatorio | Son pisos con un tamaño igual o inferior a 4 plazas, en los que la presencia del personal no es permanente. No cuentan con personal durante un mínimo de 28 horas semanales durante las horas del día en las que los usuarios | <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la calidad de vida • Incrementar la auto- |

| Población destinataria | ID documento | Referencia | Tipo de estudio | Descripción de la intervención | Objetivos evaluados |
|------------------------|--------------|--|---------------------------------|---|--|
| | | American Journal on Mental Retardation, 113, 2, 2008, pp. 87-101. | | están en el piso. Tampoco cuentan con personal durante la noche. | determinación o auto-control de las personas usuarias |
| | 102 | Stancliffe, R.J. Keane, S. "Outcomes and Costs of Community Living: a Matched Comparison of Group Homes and Semi-Independent Living". Journal of Intellectual and Developmental Disability, 25, 4, 2000, pp. 281-305. | Estudio controlado no aleatorio | Son fórmulas de alojamiento semi-independientes, de 1 a 4 personas viviendo juntas con apoyo profesional remunerado de manera frecuente a tiempo parcial y sin apoyo profesional a lo largo de la noche. De media la vivienda no cuenta con apoyo profesional remunerado durante al menos 28 horas por semana durante el día, mientras los usuarios están en el domicilio. | <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la calidad de vida • Empoderamiento / incrementar la auto-eficacia • Incrementar la auto-determinación o auto-control de las personas usuarias • Reducir el coste |
| | 109 | Stancliffe, R.J. Lakin, C. "Costs and Outcomes of Community Services for Persons with Intellectual and Developmental Disabilities". Policy Research Brief, 15, 1, 2004, pp. 12. | Revisión de la literatura | No se detalla | Mejorar la calidad de vida |
| | 129 | Mansell, J. Et Al. "Deinstitutionalisation and Community Living: Position Statement of the Comparative Policy and Practice Special Interest Research Group of the International Association for the Scientific Study of Intellectual Disabilities". Journal of Intellectual Disability Research, 54, 2, 2010, pp. 104-112. | Revisión de la literatura | <p>Esta intervención busca proporcionar a las personas con discapacidad el mismo tipo de alojamientos que están disponibles para el resto de la población, y proporcionar un buena calidad de vida, participando como ciudadanos de pleno derecho en actividades sociales, culturales y económicas en la medida en la que cada uno quiera.</p> <p>El alojamiento en la comunidad consiste en:</p> <p>-Utilizar alojamiento ubicado entre el resto del población, que sea adecuado, apropiado y accesible al individuo</p> | Reducir el coste |

| Población destinataria | ID documento | Referencia | Tipo de estudio | Descripción de la intervención | Objetivos evaluados |
|------------------------|--------------|--|---------------------------------|--|--|
| | | | | -Utilizar el mismo tipo de opciones de alojamiento disponibles para la población general -Permitir a las personas, en la medida de lo posible, que elijan dónde, con quién y cómo quieren vivir -Proporcionar la ayuda necesaria para permitir que las personas con discapacidad participen satisfactoriamente en la comunidad. | |
| | 149 | Mansell, J. Beadle-Brown, J. "Dispersed or Clustered. Housing for Disabled Adults: a Systematic Review". Serie: Disability Research Series, 12, Dublin, National Disability Authority, 2008, pp. 151. | Revisión de la literatura | Las fórmulas de alojamiento en la comunidad que se evalúan en este trabajo son viviendas de pequeño tamaño integradas en centros urbanos de población general. Esta revisión recoge datos de dos tipos de fórmulas de alojamiento en la comunidad: las fórmulas de vida independiente (<i>supported living</i>) y los hogares de grupo (<i>small group home</i>). Los hogares de grupo son viviendas de pequeño tamaño en propiedad de la entidad que gestiona el servicio y en la que convive un número reducido de personas con discapacidad con el apoyo de los profesionales asalariados. Las fórmulas de vida independiente son la modalidad de alojamiento en la que la persona con discapacidad alquila o es dueña de una vivienda y recibe la atención domiciliar que ella haya elegido. | Mejorar la calidad de vida |
| | 178 | Spreat, S. Et Al. "A Cost-Benefit Analysis of Community and Institutional Placements for Persons with Mental Retardation in Oklahoma". Research in Developmental Disabilities, 26, 1, 2005, pp. 17-31. | Estudio controlado no aleatorio | Los servicios de alojamiento que se evalúan son servicios comunitarios y de carácter intermedio (ICFs/MR Intermediate care facilities for -people with mental retardation). | <ul style="list-style-type: none"> • Incrementar la auto-determinación o auto-control de las personas usuarias • Mejorar el estado de salud de las personas usuarias |
| | 204 | Felce, D. Emerson, E. "Community Living. Costs, Outcomes, and Economies of Scale: Findings from U.K. Research. En: Costs and Outcomes of Community Services for People with Intellectual Disabilities". Bal- | Revisión de la literatura | No se detalla | <ul style="list-style-type: none"> • Reducir el coste • Mejorar la calidad de vida |

| Población destinataria | ID documento | Referencia | Tipo de estudio | Descripción de la intervención | Objetivos evaluados |
|------------------------|--------------|--|------------------------------------|---|---|
| | 206 | Emerson, E. Et Al. "Costs and Outcomes of Community Residential Supports in England". En: Costs and Outcomes of Community Services for People with Intellectual Disabilities. Baltimore, Paul H. Brookes, 2005, pp. 151-174. | Estudio pre-post sin grupo control | Se trata de viviendas con presencia de personal durante las 24 horas. Las viviendas tienen un diseño hogareño y están integradas en la comunidad. | Incrementar la autodeterminación o autocontrol de las personas usuarias |

c) *Aspectos metodológicos*

Desde el punto de vista metodológico, los quince estudios se dividen básicamente en dos grandes grupos: seis son estudios de revisión de la literatura y otros seis estudios controlados no aleatorios. Además, hay dos estudios pre y post sin grupo de control y un estudio controlado de carácter aleatorio. En lo que se refiere a la validez interna de los estudios, no es aplicable en la mayor parte de los casos y en un caso no se puede determinar. En tres casos la validez se ha considerado pobre y en dos satisfactoria. Por último, desde el punto de vista de la validez externa de los estudios es buena en seis de los quince estudios analizados y limitada en dos. En los otros siete casos, al ser revisiones de la literatura, el criterio de validez externa no es aplicable debido al diseño metodológico de la investigación.

Tabla 25. Características metodológicas de las intervenciones orientadas al alojamiento en la comunidad

| Población destinataria | Tipo de estudio | Validez interna del estudio | Validez externa del estudio | ID documento |
|---------------------------|------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------|
| Personas mayores | Estudio controlado aleatorio | Pobre | Buena | 219 |
| | Estudio controlado no aleatorio | No se puede determinar | No aplicable | 135 |
| | | Pobre | Limitada | 3 |
| | Estudio pre-post sin grupo control | Pobre | Limitada | 123 |
| | Revisión de la literatura | No aplicable | No aplicable | 233 |
| Personas con discapacidad | Estudio controlado no aleatorio | Satisfactoria | Buena | 75 |
| | | | | 101 |
| | | | | 102 |
| | | | | 178 |
| | Estudio pre-post sin grupo control | Satisfactoria | Buena | 206 |
| | Revisión de la literatura | No aplicable | No aplicable | 99 |
| | | | | 109 |
| | | | | 129 |
| | | | | 149 |
| 204 | | | | |

d) Resultados de las intervenciones

Desde el punto de vista de los resultados, y en la línea con el elevado porcentaje de intervenciones coste efectivas detectadas en este tipo de intervenciones, en la mayoría de los casos puede hablarse de la consecución de los objetivos planteados, ya sea en términos de calidad de vida, ya sea en términos de reducción del coste o de aumento del nivel de empoderamiento. Se trata pues, en la mayoría de los casos, de intervenciones eficaces, en la medida en que han alcanzado los objetivos inicialmente propuestos.

El objetivo de reducir el coste resulta uno de los que se cumplen en mayor medida. Así por ejemplo, en lo que se refiere a los programas de acogimiento familiar (O'Shea y Costello, 2001), el estudio confirma que el coste de mantener a una persona mayor en un hogar de acogida apenas supone el 50% de lo que cuesta su atención en una vivienda comunitaria. En el mismo sentido, el estudio de Ashton y Hemperstall (2009) sobre los programas de vida independiente estima en 1.659 libras el ahorro que se produce por cada unidad de convivencia atendida. Por otra parte, aunque el estudio no lo ha medido directamente, las personas consultadas (profesionales responsables del servicio) consideran que el programa tiene numerosos beneficios para las personas atendidas, entre otros:

- mejora de la salud física y mental;
- mejor calidad de vida;
- mayor elección sobre la forma de vida;
- mayor participación social y menos aislamiento;
- facilidad de acceso a los servicios necesarios;
- mayor sensación de seguridad;
- menor carga para las personas cuidadoras informales.

En el mismo sentido, las revisiones realizadas por Mansell et al. (2007 y 2010) indican claramente que si se hace una comparación entre alojamientos comunitarios y servicios residenciales convencionales en base a unas necesidades y a una calidad de vida comparables, el alojamiento en comunidad no resulta más caro que la atención en residencias, si bien algunos estudios muestran que para aquellas personas con discapacidad con problemas de salud men-

tal severos la atención comunitaria es más cara que la atención residencial. Para los autores de estas dos revisiones, en cualquier caso, no hay evidencia empírica suficiente para afirmar que la atención comunitaria sea más costosa que la atención en grandes instituciones si la comparación se realiza en base a necesidades similares de los residentes y una calidad similar de atención.

La revisión realizada por Felce y Emerson (2005), indica sin embargo que las fórmulas de alojamiento en la comunidad son más caras que el servicio proporcionado en grandes instituciones. De acuerdo a estos autores, el proceso de desinstitucionalización (pasar de grandes residencias a unidades de pequeño tamaño ubicadas en la comunidad) de las personas con discapacidad intelectual provoca un aumento significativo en el coste, aunque las diferencias en el coste varían de gran manera en función de las fórmulas específicas de alojamiento adoptadas y de las características de los usuarios. Si bien la revisión de la literatura muestra una clara asociación entre la mejora de resultados y el coste más alto así como el menor tamaño de los centros, los resultados no pueden considerarse concluyentes en este aspecto.

Por otro lado, la mayoría de los estudios revisados por Felce y Emerson (2005) muestran que el tamaño de los centros tiene un escaso impacto en los beneficios que pueda producir la atención residencial. Así, mientras algunos estudios muestran que en las fórmulas de alojamiento residencial los buenos resultados están asociados al pequeño tamaño de las unidades, otros trabajos no encuentran relación entre el tamaño y los beneficios de la intervención. Sin embargo, la revisión sí muestra diferencias significativas entre recursos residenciales en unidades de tres o menos usuarios. Estas diferencias entre recursos dependen enteramente del nivel de necesidad de apoyo que tengan los usuarios o del tipo de modelo de atención que se de en cada centro. En esta línea, los resultados del trabajo de Stancliffe y Keane (2000) apoyan la hipótesis de que los costes asociados a un tipo de intervención no pueden ser reducidos en base al número de residentes, sino que son las necesidades de los usuarios y el modelo de atención son los que definen el coste, particularmente en lo que se refiere a las ratios de personal. Con todo, para estos autores, varios estudios muestran que las fórmulas de alojamiento en comunidad frente a las residencias (de 15 o menos usuarios) muestran mejoras en auto-determinación, integración, calidad de vida, conducta desafiante y adaptativa.

Desde el punto de vista de la calidad de vida, Felce y Emerson (2005) mantienen que las grandes residencias proporcionan peores resultados en cuanto a calidad de vida que las unidades residenciales de tamaño reducido. Igualmente, de acuerdo a la revisión realizada por Mansell y Beadle-Brown (2008), puede afirmarse que las fórmulas de alojamiento en comunidad presentan mejores resultados que la atención residencial convencional en términos de calidad de vida. En el ámbito de la discapacidad intelectual, para Felce et al. (2008), la calidad de vida –la participación en mayor medida de manera independiente en actividades comunitarias, en actividades diarias de organización doméstica y la mayor probabilidad de contar con personas que no sean sus familias, los profesionales o personas con discapacidad intelectual en sus redes de apoyo social– es valorada como más positiva en las fórmulas de alojamiento comunitario frente a las de carácter más institucional.

También se han registrado resultados positivos en lo que se refiere al retraso de la institucionalización como consecuencia de la utilización de fórmulas de alojamiento comunitario (Turning Point, 2010). No parecen haberse encontrado resultados positivos sin embargo en aspectos tales como la mejora de la capacidad funcional (Baumker, et al., 2008) o mejorar el estado de salud de las personas atendidas (Spreat, et al., 2005).

Finalmente, en lo que se refiere a la autodeterminación y el empoderamiento, todos los estudios evaluados refieren resultados positivos. Para Emerson et al. (2005), los usuarios de fórmulas de alojamiento en la comunidad tienen más opción de elección y redes sociales más amplias, tanto con personas con discapacidad intelectual como con otras personas sin discapacidad de la comunidad. En general, tienen una vida física más activa, menos accidentes en el domicilio y un mayor número y variedad de actividades de ocio, aunque refieren peores resultados en cuanto a inserción laboral y seguridad. En contrapartida, los usuarios de centros residenciales tienen menos capacidad de elección, redes de apoyo social menos extensas, una vida física menos activa, y más accidentes en el domicilio. En parecido sentido, Spreat et al. (2005), indican que las personas que viven en fórmulas de alojamiento en comunidad experimentan más oportunidades de participar en la vida comunitaria y reciben más servicios en comparación con el grupo control. Sin embargo, según estos autores, las oportunidades profesionales son mayores para el grupo de personas institucionalizadas en comparación con

aquellos que viven en comunidad. Otros artículos incluidos en la revisión ponen de manifiesto que el grado de autodeterminación de los usuarios de los pisos semi-independientes es mayor que el de los pisos asistidos (Felce, et al., 2008) y que las personas que viven de manera semi-independiente muestran más participación en tareas domésticas y más empoderamiento que los usuarios del grupo control (Stancliffe, Keane, 2000).

e) La relación coste efectividad de los programas de alojamiento en la comunidad

Hasta ahora se han analizado los resultados de las diferentes intervenciones en función de sus objetivos declarados pero, ¿cuáles son las principales conclusiones que cabe extraer, en términos de coste efectividad, de las intervenciones relacionadas con las fórmulas de alojamiento en la comunidad?

Ya se ha dicho, al presentar los datos agregados, que en el 73% de los casos analizados puede hablarse de una relación coste efectividad positiva. En la mayoría de estos casos, la relación coste efectividad se refiere a que se combinan mejoras en la calidad de la atención y/o en la calidad de vida de las personas atendidas con una reducción en el coste de los servicios prestados. Así por ejemplo, de acuerdo a la revisión realizada por Mansell et al. (2010), los alojamientos comunitarios favorecen la integración social de las personas con discapacidad intelectual, mejoran su calidad de vida y, cuando se comparan con los servicios residenciales en términos de igual necesidad y calidad de la atención, no resultan más caros que éstos. Otra de las revisiones de la literatura realizadas (Stancliffe y Lakin, 2004), indica que los servicios más individualizados, como las fórmulas de alojamiento semi-independiente y con apoyo son más coste efectivas que los servicios de alojamiento tradicionales. Sin embargo, dependiendo del tipo específico de intervención analizada, diferentes revisiones, incluso realizadas por los mismos autores (Mansell et al. 2010 y Mansell y Beadle-Brown, 2008) pueden alcanzar conclusiones diferentes: si en el primer caso el resultado general sería coste efectivo, en el segundo se considera no dominante, ya que las fórmulas tradicionales registrarían un coste menos elevado.

Al margen de los análisis genéricos, algunos estudios evalúan la relación coste efectividad de intervenciones específicas. En el caso de los programas de vida independiente se señala que el servicios es coste-efectivo ya que permiten proporcionar a los usuarios un entorno estable de alta calidad (con acceso a servicios sociales y sanitarios) y de menor coste en comparación con otros servicios de alojamiento, si bien la relación coste eficacia establecida varía en función de las características del colectivo destinatario del programa (Turning Point, 2010). Del mismo modo, Wimo et al. (1995) mantienen que las fórmulas de alojamiento en comunidad son coste-efectivas en comparación con la atención residencial ya que permiten mejorar la calidad de vida de los usuarios a un menor coste que la intervención proporcionada en residencias. Este mismo estudio indica sin embargo que, en relación al SAD, este tipo de intervenciones no resultaría coste efectiva (sería no dominante), ya que si bien suponen una importante mejora en la calidad de vida de las personas usuarias, implican un coste superior. En otros casos, sin embargo, el carácter coste efectivo se alcanza al obtener resultados similares con un coste económico menor (es el caso por ejemplo de los programas de acogimiento familiar descritos por O'Shea y Costello, 1991). Para Spreat et al. (2005) la comparación entre el alojamiento institucional y comunitario ofrece resultados claros: el coste de la alternativa comunitaria es menor (casi un 10% más barata) y obtiene mejores resultados en términos de integración y participación en la vida comunitaria, salvo en lo que se refiere a la integración laboral.

También resulta de interés el estudio de Felce et al. (2008) en el que se comparan dos tipos de alojamiento similares con un grado diferente, sin embargo, de apoyo profesional: los resultados de ese estudio indican que en el caso en el que la presencia profesional es menor. El coste de la intervención evaluada apenas representa un tercio de la alternativa (542 dólares semanales frente a 1.539), con niveles de autodeterminación e integración más elevados. Un estudio muy similar (Stancliffe y Keana, 2000) sugiere en ese mismo sentido la menor presencia del personal no solamente facilita la libre elección, sino que contribuye a la realización independiente de otras actividades.

En los tres casos en que se ha determinado una relación no dominante (Baumker, et al., 2008, Emerson, et al., 2005 y Mansell, Beadle-Brown, 2008), la razón estriba fundamentalmente en su mayor coste, que de alguna forma neutraliza las mejoras registradas en lo que se

refiere a la calidad de vida. Así, para Mansell y Breadle-Brown (2008), las fórmulas de alojamiento en comunidad no son coste-efectivas ya que, aunque se obtengan resultados positivos en calidad de vida, el coste de la intervención es mayor que en la atención residencial convencional.

Tabla 26. Conclusiones básicas de los estudios analizados en el ámbito del alojamiento en la comunidad

| Población destinataria | ID documento | Conclusión sobre coste efectividad | Conclusiones |
|--|--------------|------------------------------------|--|
| Personas mayores dependientes o en riesgo de dependencia | 3 | Coste efectivo | El estudio ha comprobado que los hogares de acogida para personas mayores resultan ventajosos desde el punto de vista del coste, ofreciendo, supuestamente, una calidad de atención y unos resultados similares a los que se dan en viviendas comunitarias tradicionales. No obstante, este estudio no ha analizado los beneficios que aporta y, por lo tanto, no se hacen afirmaciones rotundas a este respecto. |
| | 135 | Coste efectivo | El servicio evaluado consigue mejores resultados para las personas usuarias (no medido expresamente) con un coste menor. En el caso de las personas mayores, concretamente, el ahorro se estima en 1.659 libras esterlinas anuales por unidad convivencial atendida. |
| | 233 | Coste efectivo | Son servicios coste-efectivos ya que permiten proporcionar a los usuarios un entorno estable de alta calidad (con acceso a servicios sociales y sanitarios) y de menor coste en comparación con otros servicios de alojamiento. La revisión de la literatura indica que los resultados del análisis coste-efectividad varían en función del colectivo que se atiende en la intervención. |
| Personas mayores dependientes | 123 | No dominante | <ul style="list-style-type: none"> Los costes asociados a vivir en este centro (atención sanitaria, atención social, alojamiento y gastos diarios) son mayores que los que se tienen en el domicilio o en centros residenciales convencionales. No obstante, se obtienen mejoras significativas en la calidad de vida de las personas usuarias y también en su grado de satisfacción con la atención recibida. Asimismo, se consigue reducir la utilización de servicios sanitarios comunitarios y de apoyo informal. El tipo de alojamiento estudiado, a pesar de resultar efectivo a la hora de mejorar la calidad de vida y el grado de satisfacción de las personas usuarias de acuerdo con su propia percepción, y a pesar de reducir el uso de servicios sanitarios y la necesidad de apoyo informal, resulta más costosa que la atención habitual, por lo que, en principio, no puede decirse que sea coste-efectiva. |
| Personas mayores con demencia | 219 | Coste efectivo | <ul style="list-style-type: none"> En la línea de lo esperado, la fórmula de alojamiento comunitario evaluada es más barata que las residencias y más cara que la atención domiciliaria. La calidad de vida que se obtiene con el paso del tiempo es mayor en el grupo de intervención (fórmulas de alojamiento en comunidad) en comparación con la de los grupos control (ayuda a domicilio y atención residencial). Las fórmulas de alojamiento en comunidad son coste-efectivas en comparación con la atención residencial ya que permiten mejorar la calidad de vida de los usuarios a un menor coste que la intervención proporcionada en residencias. Si se compara con la ayuda a domicilio, se obtiene también una importante mejora en la calidad de vida, aunque a un coste ligeramente superior. |
| Personas con discapacidad intelectual | 75 | Coste efectivo | <ul style="list-style-type: none"> Las viviendas específicas tienen ratios de personal más altas y mejores prácticas de trabajo internas para elaborar planes individuales, evaluación y enseñanza, plan de actividades y apoyo profesional para los residentes. Estas mejoras se reflejan en un 21% de incremento en costes (atribuido principalmente a la alta ratio de profesionales). Sin embargo, esto no se refleja en beneficios para residentes a excepción de un mayor contacto con los profesionales como forma de interacción social. |

| Población destinataria | ID documento | Conclusión sobre coste efectividad | Conclusiones |
|------------------------|--------------|------------------------------------|--|
| | | | <p>Los residentes en fórmulas de alojamiento específico tienen más probabilidad de recibir medicación psicoactiva, de estar sujetos a restricción física para controlar la conducta desafiante, de mostrar un deterioro en salud mental, de mostrar un deterioro en conducta desafiante y de mostrar un acceso más restringido a las actividades diarias.</p> <ul style="list-style-type: none"> Los resultados sugieren que las fórmulas de alojamiento ordinario pueden ser más coste-efectivas que las fórmulas de alojamiento específicas para personas con problemas de conducta. <p>Las viviendas específicas para personas con problemas de conducta están mejor dotadas que las ordinarias en cuanto a personal y presentan mayor calidad asistencial en cuanto a la elaboración de planes de atención y al contacto con el personal. No obstante, estas mejoras no se traducen en una mejor calidad de vida para las personas residentes. Por el contrario, las personas que viven en alojamientos específicos tienen mayor riesgo de estar sujetos a restricciones y de tener menos oportunidades de participar en las actividades de la vida diaria. Todo ello a un coste que resulta un 21% mayor que el de las viviendas ordinarias.</p> |
| | 99 | Coste efectivo | Diferentes estudios muestran que las fórmulas de alojamiento en la comunidad son más coste-efectivas que la atención hospitalaria o en grandes centros residenciales para la mayoría de las personas usuarias. |
| | 101 | Coste efectivo | Los pisos semi-independientes tienen un menor coste que las viviendas asistidas y la auto-determinación y el grado de integración en la comunidad es mayor. |
| | 102 | Coste efectivo | <ul style="list-style-type: none"> Los grupos no presentaron puntuaciones diferentes en la mayoría de las variables analizadas. Se encontraron diferencias significativas favorables a las viviendas independientes en 5 de las 22 variables medidas: una menor falta de satisfacción social, un uso más frecuente y más independiente de recursos comunitarios, una mayor participación en tareas domésticas, y mayor empoderamiento. <p>Se sugiere que la ausencia de personal no solamente facilita la libre elección sino que contribuye a la realización independiente de otras actividades.</p> <p>La menor ratio de personal en el grupo de intervención no estuvo asociada a peores resultados.</p> <p>El gasto por persona fue sustancialmente mayor para el grupo de control (viviendas de grupo).</p> <ul style="list-style-type: none"> Los autores concluyen que, ya que los usuarios de viviendas semi-independientes obtienen una puntuación similar o mejor con menos apoyo de personal y a un menor coste, las fórmulas de alojamiento semi-independiente son más coste-efectivas que las viviendas de grupo. |
| | 109 | Coste efectivo | <ul style="list-style-type: none"> Los resultados muestran que los servicios más individualizados, como las fórmulas de alojamiento semi-independiente y con apoyo son más coste-efectivas que los servicios de alojamiento tradicionales. <p>Este trabajo también revisa a grandes rasgos la implantación de la prestación económica individual para este colectivo y los buenos resultados de este tipo de intervención: mejora calidad de vida, menos conducta desafiante, más control y libertad, etc.</p> <p>Los datos de estudios que revisan la economía de escala (proceso mediante el cual los costes unitarios de producción disminuyen al aumentar la cantidad de unidades producidas) indican que ésta no tiene influencia en muchos servicios de alojamiento residencial y solamente tiene influencia</p> |

| Población destinataria | ID documento | Conclusión sobre coste efectividad | Conclusiones |
|------------------------|--------------|------------------------------------|---|
| | 129 | Coste efectivo | <p>en pequeñas unidades con personal remunerado con carácter continuo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los autores concluyen que se pueden poner en marcha apoyos más individualizados sin necesariamente incrementar el coste medio por persona. Sin embargo, es poco probable que esto se consiga en residencias cada vez más pequeñas con personal a tiempo completo. <p>Los estudios revisados muestran que los servicios basados en la comunidad son superiores a las instituciones en:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presencia y participación comunitaria - Redes y relaciones sociales - Contacto con la familia - Auto-determinación y elección - Calidad de vida - Conducta adaptativa - Opinión y satisfacción del usuario y de la familia <p>Los usuarios de este tipo de alojamientos tienen, en general, más opción de elegir dónde quieren vivir y qué actividades diarias realizar en comparación con aquellos que viven en residencias.</p> <p>El análisis también muestra diferencias entre grupos en el diseño de los servicios y, en especial, en el rendimiento del personal. El rendimiento del personal y la necesidad de apoyo del usuario son los dos predictores principales de algunos beneficios.</p> <p>Las fórmulas de alojamiento en la comunidad ofrecen un estilo y una calidad de vida mejores en comparación con las residencias (tanto antiguas como de reciente creación).</p> <p>Los autores concluyen que la manera de proporcionar un buen servicio de alojamiento en la comunidad implica realizar con cuidado un plan de actuación acerca de las necesidades y los deseos de las personas individuales y controlarles constantemente y ajustar el servicio conforme sus necesidades y deseos se modifican.</p> <ul style="list-style-type: none"> • De acuerdo con la revisión realizada, los alojamientos comunitarios favorecen la integración social de las personas con discapacidad intelectual, mejoran su calidad de vida y, cuando se comparan con los servicios residenciales en términos de igual necesidad y calidad de la atención, no resultan más caros que éstos. |
| | 149 | No dominante | <ul style="list-style-type: none"> • Los autores concluyen que las fórmulas de alojamiento en comunidad obtienen mejores resultados en diferentes indicadores de calidad de vida en comparación con la atención residencial. <p>Sin embargo, los autores señalan que dentro de los servicios de atención residencial los complejos residenciales orientados a personas con un grado leve de discapacidad obtienen resultados positivos en calidad de vida de los usuarios.</p> <p>En relación al coste, las fórmulas de atención residencial tienen un coste menor que las fórmulas de alojamiento en comunidad debido al gasto atribuido al personal.</p> |

| Población destinataria | ID documento | Conclusión sobre coste efectividad | Conclusiones |
|------------------------|--------------|------------------------------------|---|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> Las fórmulas de alojamiento en comunidad no son coste-efectivas ya que aunque se obtengan resultados positivos en calidad de vida el coste de la intervención es mayor que en la atención residencial. |
| | 178 | Coste efectivo | <ul style="list-style-type: none"> A la luz de los datos, los autores concluyen que hay mayores niveles de servicio e integración en el grupo de personas que viven en fórmulas de alojamiento en comunidad y más oportunidades profesionales para las personas que conforman el grupo de control. El coste es significativamente menor en las fórmulas de alojamiento en comunidad en comparación con la atención residencial tradicional. Los autores concluyen que este tipo de recurso es coste-efectivo ya que el coste menor y las personas con retraso mental obtienen mejores resultados. Los costes asociados a las viviendas comunitarias son significativamente menores que los de las residencias ya que se invierte menos dinero en la actividad profesional de los usuarios así como en servicios de apoyo (ayuda doméstica, servicio de comida y enfermería). |
| | 204 | No concluyente | <ul style="list-style-type: none"> La revisión de la literatura indica que las fórmulas de alojamiento en comunidad obtienen mejores resultados en cuanto a calidad de vida. Sin embargo, el análisis de la relación entre el tamaño y coste del servicio no permite afirmar que ésta sea concluyente. Los datos indican que pueden existir desigualdades económicas de escala sólo en viviendas de tres o menos plazas. Las fórmulas de alojamiento en la comunidad obtienen mejores resultados que los centros residenciales en cuanto a calidad de vida. No obstante, no se demuestra que ello sea a consecuencia de su menor tamaño ni de los recursos (personal) disponibles. |
| | 206 | No dominante | <ul style="list-style-type: none"> Los autores concluyen que los campus residenciales ofrecen una calidad de la atención y una calidad de vida más pobre que las fórmulas de alojamiento en comunidad. En segundo lugar, se señala que las fórmulas de alojamiento en comunidad y los complejos residenciales muestran una serie de beneficios para sus usuarios. En este sentido, las fórmulas de alojamiento en comunidad promueven beneficios centrados en una mayor elección, un mayor tamaño de las redes sociales, una mejor integración social y un mayor número de actividades recreativas o de ocio. En el caso de los complejos residenciales, los beneficios consisten en un mayor tamaño de las redes sociales, una menor exposición a maltrato verbal y crímenes y un mayor número de días y de horas para actividades programadas. En relación al tamaño, las fórmulas de alojamiento en comunidad de gran tamaño obtuvieron malos resultados y, sin embargo, aquellas de menor tamaño sí mostraron relación con diferentes patrones de beneficios. Por último, se concluye que los datos del estudio no permitieron encontrar diferencias significativas en los niveles de satisfacción entre usuarios de diferentes fórmulas de alojamiento en comunidad y los costes de la provisión de servicios no muestran una relación clara con los resultados. Los alojamientos comunitarios integrados en la comunidad obtuvieron buenos resultados en comparación con los campus residenciales y, en menor medida, también en comparación con los complejos residenciales. No obstante, su coste fue de 229 dólares por usuario y año más elevado que el de los primeros y 339 dólares por usuario y año mayor que el segundo. Por tanto, no se puede afirmar que sea una alternativa coste efectiva. Por el contrario, los complejos residenciales muestran una buena relación coste-efectividad. En comparación con las fórmulas de alojamiento en |

| Población destinataria | ID documento | Conclusión sobre coste efectividad | Conclusiones |
|------------------------|--------------|------------------------------------|--|
| | | | comunidad y los centros residenciales su coste es significativamente menor y entre sus resultados destacan el alcanzar un mayor tamaño de las redes sociales, una menor exposición a maltrato verbal y crímenes y un mayor número de días y de horas para actividades programadas. |

4.1.5. *Servicios de ayuda a domicilio*

Como se ha señalado en el capítulo anterior, únicamente se han hallado tres estudios de coste efectividad relativos a servicios de ayuda a domicilio: de ellos, dos consideran este tipo de intervenciones coste efectivas, mientras que en el tercer caso los resultados del estudio no pueden considerarse concluyentes. De los tres estudios hallados, dos refieren intervenciones destinadas a personas mayores en riesgo de dependencia, y el tercero se centra en la mejora de la situación de las personas cuidadoras informales.

Tabla 27. Descripción de las intervenciones analizadas en el ámbito de los servicios de atención en el domicilio

| Id Documento | Referencia | Tipo de estudio | Población destinataria | Descripción de la intervención | Objetivos evaluados |
|---------------------|---|---------------------------------|---|--|--|
| 7 | Wright, K. "Cost-Effectiveness in Community Care. Discussion Paper 33". York (UK), Centre for Health Economics, 1987, pp. 48. | Revisión de la literatura | Personas mayores en riesgo de dependencia | No se describe | <ul style="list-style-type: none"> • Retrasar o evitar la institucionalización • Incrementar el grado de satisfacción de las personas usuarias • Reducir el coste |
| 80 | Chappell, N.L. Et Al. "Comparative Costs of Home Care and Residential Care". The Gerontologist, 44, 3, 2004, pp. 389-400. | Estudio controlado no aleatorio | Personas mayores en riesgo de dependencia | No se describe | <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la calidad de vida • Incrementar el grado de satisfacción de las personas usuarias • Reducir el coste |
| 231 | Pickard, L. "The Effectiveness and Cost-Effectiveness of Support and Services to Informal Carers of Older People. A Review of the Literature Prepared for the Audit Commission". Londres, Audit Commission, 2003, pp. 90. | Revisión de la literatura | Personas cuidadoras informales | Los servicios de ayuda a domicilio están orientados a proporcionar en el hogar atención de tipo personal (vestirse, comer, lavarse...), ayuda en las tareas domésticas y en apoyo de tipo social (facilitar las relaciones sociales, ayuda para hacer la compra, ...). | <ul style="list-style-type: none"> • Reducir la carga de trabajo de las personas cuidadoras • Retrasar o evitar la institucionalización • Incrementar el grado de satisfacción de las personas usuarias |

Dos de los estudios recogen revisiones de la literatura, mientras que el tercero describe un estudio controlado de carácter no aleatorio. En lo que se refiere a los objetivos los tres comparten el de retrasar o evitar la institucionalización, así como el de incrementar la satisfacción de las personas usuarias. Dos de ellos establecen también como objetivo el de reducir el coste de los servicios, mientras que el tercero –orientado a las personas cuidadoras– establece

también como objetivo el de reducir la carga de trabajo de estas personas. Los criterios de calidad metodológica sólo son comparables al estudio controlado no aleatorio: la validez interna de ese estudio se ha considerado satisfactoria y su validez externa buena.

¿En qué medida cumplen estos programas los objetivos señalados? En lo que se refiere al incremento de la satisfacción de los usuarios, los tres estudios parecen confirmar que la atención domiciliaria es la opción preferida por las personas usuarias, si bien el grado de satisfacción se vincula preferentemente, más que al servicio recibido, al nivel de necesidad de las personas (Chapel, et al., 2004). Este estudio no encontró sin embargo diferencias significativas en cuanto a la mejora de la calidad de vida entre los usuarios de este servicio y los de atención residencial, pero sí una notable reducción en términos de coste. En lo que se refiere a la reducción de la carga de trabajo de las personas cuidadoras, la revisión realizada por Pickard (2003) pone de manifiesto que la ayuda a domicilio permite reducir los efectos psicológicos negativos que la atención a personas mayores provoca en los cuidadores informales, reduciendo su grado de estrés. También se consigue reducir la percepción de la carga que supone el cuidado, si bien para la autora no es este el tipo de intervención más idónea para alcanzar este objetivo. En ese sentido, algunos de los estudios revisados por la autora demostrarían que el respiro en centros residenciales y los servicios de día pueden resultar más efectivos a la hora de aliviar la carga de los cuidadores/as.

En lo que se refiere al retraso de la institucionalización, tanto el estudio de Pickard como el de Wright ofrecen resultados positivos, aunque muy vinculados a las características de la atención efectivamente prestada a domicilio y de las características de las personas atendidas.

La tabla siguiente recoge los principales resultados de los tres estudios analizados en relación al análisis de coste efectividad. La revisión de la literatura realizada por Wright en 1987 ponía ya de manifiesto el carácter coste efectivo de la atención domiciliaria para la mayoría de las personas mayores, si bien la atención residencial se considera más coste efectiva para las personas con limitaciones más severas. Por su parte, la revisión de la literatura realizada por Pickard en 2003 no ofrece resultados concluyentes al respecto, ya que considera que existen otros servicios que pueden resultar más coste efectivos. El estudio de Chappell (2004), el

único de los revisados que se basa en una investigación específica pone de manifiesto en cualquier caso el carácter coste efectivo de la intervención analizada, en la medida en que demuestra que la ayuda a domicilio puede proporcionar niveles semejantes de calidad de vida y una mayor satisfacción con los cuidados recibidos a un coste menor que la atención residencial.

Tabla 28. Conclusiones de las intervenciones analizadas en el ámbito de los servicios de atención en el domicilio en relación al coste efectividad

| Id Documento | Conclusiones sobre coste-efectividad | Conclusiones |
|--------------|--------------------------------------|--|
| 7 | Coste efectivo | <p>La atención a domicilio es el tipo de intervención más coste-efectiva para la mayoría de las personas mayores.</p> <p>La atención residencial es coste-efectiva para personas con dificultad para manejarse de manera independiente en el domicilio debido a su discapacidad mental o física o por un grave aislamiento social.</p> <p>El coste de la atención residencial no parece estar asociado a la calidad de la atención prestada.</p> |
| 80 | Coste efectivo | <ul style="list-style-type: none"> • El estudio muestra que la ayuda a domicilio puede proporcionar niveles semejantes de calidad de vida y una mayor satisfacción con los cuidados recibidos a un coste menor que la atención residencial, por lo que se considera un servicio coste-efectivo. • Los resultados muestran la importancia fundamental de tener en cuenta los costes para los cuidadores informales a la hora de analizar el coste-eficacia de la atención domiciliaria. La aportación de las familias osciló entre la mitad del coste de la atención formal prestada por el sistema y el doble de dicho coste. |
| 231 | No concluyente | <p>El servicio de ayuda a domicilio tiene un efecto positivo sobre los cuidadores/as informales, reduciendo su grado de estrés. Hay indicios sobre su efectividad a la hora de reducir la carga percibida por los cuidadores/as aunque otros servicios (respiro residencial y CD) pueden resultar más coste-efectivos en este sentido. Se trata de un servicio que puede retrasar la institucionalización de las personas mayores y que es altamente valorado tanto por los usuarios/as como por sus cuidadores/as.</p> <p>Con todo, no se ha demostrado claramente que el servicio resulte coste-efectivo a la hora de reducir la carga de las personas cuidadoras.</p> |

4.1.6. Programas orientados a la prevención de caídas

La revisión realizada ha detectado un número relativamente importante de programas de prevención de caídas destinados a personas mayores. Si bien no puede decirse que, estrictamente hablando, este tipo de intervenciones sea característico o distintivo de las intervenciones de naturaleza comunitaria, se ha considerado de interés su inclusión en esta revisión en la

medida en que se trata de programas preventivos, de carácter sociosanitario, directamente orientados a facilitar la permanencia de las personas mayores en su domicilio, evitando el riesgo de institucionalización y de deterioro de la salud y la calidad de vida de las personas mayores.

No puede decirse, en cualquier caso, que este tipo de programas registren resultados muy positivos en términos de coste efectividad: de los seis programas de este tipo evaluados, tres se han considerado coste efectivos, dos han sido considerados como no dominantes y uno no obtiene resultados concluyentes.

Desde el punto de vista de las personas usuarias, se trata de la línea de intervención más homogénea, ya que los seis artículos referenciados se orientan a personas mayores en riesgo de dependencia. En cuanto a los aspectos metodológicos, la diversidad es por el contrario muy amplia: encontramos así un estudio exploratorio, un estudio de carácter teórico, dos estudios controlados de carácter aleatorio, un estudio pre y post con grupo de control, y una revisión de la literatura⁹. La tabla siguiente recoge las principales características de estos estudios en términos desde el punto de vista metodológico.

Tabla 29. Características metodológicas de los estudios revisados en el ámbito de la prevención de caídas

| Tipo de estudio | Validez interna del estudio | Validez externa del estudio | Conclusiones en cuanto a coste-efectividad | Id Documento |
|------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--|--------------|
| Revisión de la literatura | No aplicable | No aplicable | Coste efectivo | 222 |
| Estudio controlado aleatorio | Buena | Buena | No dominante | 152 |
| | Satisfactoria | Buena | No dominante | 237 |
| Estudio pre-post sin grupo control | Pobre | Limitada | No concluyente | 170 |
| Estudio exploratorio | Pobre | Buena | Coste efectivo | 125 |
| Estudio teórico | No aplicable | No aplicable | Coste efectivo | 130 |

⁹ Debe señalarse también, desde el punto de vista metodológico, que en este caso no resultan habituales los estudios que comparan una intervención de este tipo con una alternativa, como, por ejemplo, se hace al comparar dos tipos alternativos de alojamiento. Al contrario, en este caso el carácter coste efectivo se deriva más bien de la comparación entre el coste de la intervención y el coste que se deriva de la ausencia de la misma (el coste de un programa de prevención de caídas y el coste de los servicios de atención que se deben prestar en ausencia del mismo).

Las intervenciones puestas en práctica para la consecución de esos objetivos son muy variadas: en algunos casos, los estudios analizan intervenciones muy diferentes, como cambios en la administración de medicación psicotrópica, suplementos vitamínicos, ejercicio físico, adaptaciones de la vivienda, etc. En otro caso, se analiza un programa desarrollado en un centro de día, consistente en realizar un examen médico, en entrenar a las personas mayores en técnicas de equilibrio y fuerza, en evaluar los peligros del hogar y en derivar a otros especialistas en caso de que sea necesario. En otro caso, el programa se centra en la intervención de un fisioterapeuta a domicilio. Uno de los programas analizados se desarrolla en un entorno residencial, mientras que en los demás casos se aplica en relación a personas que residen en sus propios domicilios. Tres de los seis estudios refieren los profesionales involucrados en el programa: en un caso se trata de un equipo multidisciplinar, en otro de personal de enfermería y en otro de personal especializado en fisioterapia.

En cuanto a los objetivos, obviamente el principal es la prevención de caídas, si bien en las intervenciones analizadas también se señalan como objetivos la reducción en el uso de servicios sanitarios y la mejora del estado de salud de las personas usuarias.

Tabla 30. Descripción de las intervenciones analizadas en el ámbito de la prevención de caídas

| Id Documento | Referencia | Tipo de estudio | Población destinataria | Descripción de la intervención | Objetivos evaluados |
|--------------|--|------------------------------------|---|---|---|
| 125 | Hektoen, L.F. Et Al. "Cost-Effectiveness in Fall Prevention for Older Women". Scandinavian Journal of Public Health, 37, 6, 2009, pp. 584-589. | Estudio exploratorio | Personas mayores en riesgo de dependencia | No se describe | Reducir el uso de servicios sanitarios |
| 130 | Frick, K.D. Et Al. "Evaluating the Cost Effectiveness of Fall Prevention Programs that Reduce Fall Related Hip Fractures in Older Adults". Journal of the American Geriatrics Society, 58, 1, 2010, pp. 136-141. | Estudio teórico | Personas mayores en riesgo de dependencia | Se analizaron siete tipos de intervenciones de prevención de caídas: <ul style="list-style-type: none"> • modificación/retirada de medicación psicotrópica, • tai chi en grupo, • suplemento de vitamina D, • ejercicios musculares y de equilibrio, • adaptaciones de la vivienda, • programas individualizados multifactoriales para personas mayores, • tratamientos individualizados multifactoriales para personas mayores frágiles de alto riesgo. | <ul style="list-style-type: none"> • Prevención de caídas • Mejorar el estado de salud de las personas usuarias |
| 152 | Irvine, L. Et Al. "Cost Effectiveness of a Day Hospital Falls Prevention Programme for Screened Community Dwelling Older People at High Risk of Falls". Age and Ageing, 39, 6, 2010, pp. 710-716. | Estudio controlado aleatorio | Personas mayores en riesgo de dependencia | El servicio de prevención de caídas se proporciona en centros de atención diurna y consiste en realizar un examen médico, en entrenar a las personas mayores en técnicas de equilibrio y fuerza, en evaluar los peligros del hogar y en derivar a otros especialistas en caso de que sea necesario. Además del propio programa de prevención de caídas, los participantes pueden recibir servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y servicios de enfermería. | Prevención de caídas |
| 170 | Wagner, L.M. Et Al. "Description of an Advanced Practice Nursing Consultative Model to Reduce Restrictive Side-rail Use in Nursing Homes". Research in Nursing and Health, 30, 2, 2007, pp. 131-140. | Estudio pre-post sin grupo control | Personas mayores en riesgo de dependencia | Las enfermeras especializadas realizan una evaluación de las personas mayores que están en residencias y utilizan barandillas de seguridad en las camas. Estas profesionales proponen una serie de recomendaciones de cara a la eliminación de este tipo de ayudas técnicas. | Prevención de caídas |
| 222 | Davis, J.C. Et Al. "Does a Home-Based Strength and Balance Programme in People | Revisión de la literatura | Personas mayores en riesgo de dependencia | Se analizan distintos tipos de servicios de prevención de caídas: | Prevención de caídas |

| Id Documento | Referencia | Tipo de estudio | Población destinataria | Descripción de la intervención | Objetivos evaluados |
|--------------|---|------------------------------|---|---|---|
| | Aged ≥80 Years Provide the Best Value for Money to Prevent Falls? A Systematic Review of Economic Evaluations of Falls Prevention Interventions". <i>British Journal of Sports Medicine</i> , 44, 2, 2010, pp. 80-89. | | | <ul style="list-style-type: none"> • Programas multifactoriales individualizados • Programas multifactoriales dirigidos a toda la población de un determinado ámbito geográfico. • Programas de entrenamiento para el fortalecimiento y mejorar el equilibrio • Programas de evaluación de la seguridad del domicilio y adaptación del entorno para reducir de riesgos/obstáculos • Operación de cataratas | |
| 237 | Robertson M.C. et al. Economic evaluation of a community based exercise programme to prevent falls. <i>Journal of Epidemiology and Community Health</i> , vol. 55, nº 8, 2001. | Estudio controlado aleatorio | Personas mayores en riesgo de dependencia | Se trata de un programa de ejercicio para fortalecer la musculatura y mejorar el equilibrio. Un fisioterapeuta realiza cuatro visitas domiciliarias a las personas usuarias y les prepara un plan individualizado de ejercicios. Se espera que las mujeres realicen estos ejercicios tres veces a la semana (aprox. 30 minutos de duración cada vez) y salgan a caminar otros tres días (30 minutos cada vez). | <ul style="list-style-type: none"> • Prevención de caídas • Mejorar el estado de salud de las personas usuarias • Reducir el uso de servicios sanitarios |

La lectura de los estudios analizados pone de manifiesto que, al menos en lo que se refiere al objetivo básico perseguido –la prevención de las caídas entre la población mayor en riesgo de dependencia– los programas evaluados resultan eficaces. Así por ejemplo, el estudio de Frick (2007) presenta los siguientes resultados:

- los programas multifactoriales para la población general de personas mayores logran un 27% de reducción en el número de caídas;
- los programas multifactoriales para mayores en riesgo un 14% de reducción;
- los programas de entrenamiento muscular, un 20% de reducción;
- las adaptaciones de la vivienda, un 34% de reducción;
- los programas de modificación/retirada de medicación psicotrópica, un 66% de reducción;
- el tai-chi, un 49% de reducción;
- la suplementación con vitamina D, un 26% de reducción.

Los dos estudios controlados aleatorios realizados muestran resultados claramente divergentes. Según el estudio de Irvine et al. (2010), las diferencias en el número de caídas entre el grupo que participó en la intervención y el grupo de control no fueron significativas. A pesar de que el número de caídas en el grupo de intervención fue de 260 y en el grupo control de 417, la media anual de caídas por persona fue similar en ambos grupos. Para el grupo de intervención la media anual de caídas fue de 2.07 y para el grupo de control fue de 2.85. El otro estudio controlado (Robertson et al., 2010) ofrece conclusiones radicalmente distintas: en ese caso, el riesgo de caída en el grupo de intervención fue 12% menor que en el grupo de control durante el primer año y un 50% menor a lo largo de los dos años de estudio. Además, el riesgo de sufrir heridas como consecuencia de las caídas fue un 39% menor en el grupo de intervención durante el primer año, y un 37% menor a lo largo de los dos años de intervención. Ese estudio, sin embargo, no detectó resultados positivos en lo que se refiere a la reducción en el uso de servicios hospitalarios.

Al margen de la mayor o menor efectividad de los programas, como se ha señalado, tres de los seis estudios revisados consideran coste efectivas las intervenciones realizadas. En ese sentido, las conclusiones más claras parecen derivarse de la revisión realizada por Davies

(2010), según la cual en la mayoría de los casos los programas analizados consiguen prevenir caídas a un coste razonable. Su estudio confirma la eficacia de los programas analizados a la hora de prevenir las caídas y su potencial en cuanto a la reducción de gastos. De acuerdo a la revisión realizada:

- Los programas multifactoriales individualizados consiguen ahorrar recursos sanitarios gracias a la prevención de caídas. El único estudio que analizó este tipo de intervención (un estudio estadounidense) consiguió un balance económico positivo (ahorrar recursos) para el 54% de las personas mayores con elevado riesgo de caída (personas que presentaban 8 o más factores de riesgo). Por el contrario, en el caso de las personas con un bajo riesgo, el coste medio de prevenir una caída a través del programa fue de 2.696 libras esterlinas.
- Un estudio australiano que analizó un programa multifactorial dirigidos a toda la población (campana de sensibilización sobre el riesgo de caída y maneras de prevenirlo) tuvo un beneficio de 20,6 dólares por cada dólar invertido.
- Tres estudios analizaron programas de entrenamiento para el fortalecimiento muscular y mejorar el equilibrio. Se trataba de programas dirigidos a la población mayor en general, en los que una enfermera o fisioterapeuta ofrecía la intervención en el domicilio de la persona, durante un año. El coste de estas intervenciones resultó de entre 173 y 942 libras esterlinas por cada caída que se consiguió prevenir a través del programa. Uno de los estudios, que analizó los costes sanitarios evitados gracias a las intervenciones evaluadas encontró que la intervención no generaba ahorros para todos los usuarios, pero sí en el caso de las personas de 80 y más años.
- Por lo que se refiere a los programas de evaluación de la seguridad del domicilio y de adaptación del entorno para reducir de riesgos/obstáculos, un estudio neozelandés dirigido a personas con importantes discapacidades visuales tuvo un coste de 304 libras esterlinas por caída que se consiguió prevenir. En otro estudio, en este caso australiano, en el que se analizaron los costes sanitarios y sociales prevenidos a través de un programa de este tipo, el coste por caída prevenida fue de 3.040 libras esterli-

nas. No obstante, el estudio encontró que la intervención ahorra recursos en el caso de las personas que habían tenido una caída durante el año anterior a la intervención.

- Finalmente, en relación con las intervenciones quirúrgicas para personas con cataratas, un estudio del Reino Unido determinó que el coste de la intervención sería de 38.482 libras por año de vida ajustado por calidad (AVAC) ganado desde la perspectiva del sistema nacional de salud, y de 34.911 libras esterlinas por AVAC ganado desde la perspectiva de los servicios sociales si se tomaba como horizonte un año después de la intervención. Este coste estaría por encima del umbral de disposición social a pagar por un AVAC comúnmente aceptado. No obstante, si se ampliaba el horizonte temporal para abarcar toda la esperanza de vida de las personas usuarias, se establecía el coste en 14.197 libras por AVAC ganado, lo que la convierte en una intervención coste efectiva.

El estudio de Hektoen (2010) refiere igualmente un ahorro importante derivado de la aplicación de estos programas como consecuencia de la reducción en el uso de otros servicios. De acuerdo a ese estudio, el coste de atención sanitaria de los daños producidos por una caída asciende a 11.254 coronas noruegas y el ahorro, teniendo en cuenta el coste de la puesta en marcha del programa, asciende a 2.692 coronas. El estudio de Irvine, et al. (2010) se ha considerado no dominante ya que, con un coste más elevado, no mejora de forma significativa la situación de las personas participantes en el mismo. El mismo resultado arroja el otro estudio aleatorio controlado consultado (Robertson, et al., 2010): aunque el programa evaluado tuvo un impacto positivo en la percepción de las personas participantes sobre su funcionamiento físico y redujo notablemente el riesgo de caída y de sufrir heridas importantes como consecuencia de esas caídas, no se detectó una disminución significativa en el uso de servicios sanitarios como consecuencia del programa y tampoco se registró un ahorro económico significativo.

Tabla 31. Conclusiones de las intervenciones analizadas en el ámbito de la prevención de caídas en términos de coste efectividad

| Id Documento | Conclusiones sobre coste-efectividad | Conclusiones |
|--------------|--------------------------------------|---|
| 125 | Coste efectivo | Se consigue un ahorro económico gracias a la prevención de caídas que resultan en un considerable coste sanitario y social. |
| 130 | Coste efectivo | <p>Se analiza los beneficios asociados a las roturas de cadera en personas mayores en términos de QALYs y el coste de los programas. Los principales resultados son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El control de medicación y el tai-chi son los programas menos caros y más efectivos. • En segundo lugar, los programas de suplemento de vitamina D y de adaptación de la vivienda son los siguientes menos caros y más efectivos. No obstante, los autores señalan la necesidad de valorar la utilidad de los distintos tipos de intervención en cada caso. Por ejemplo, aunque la suplementación con vitamina D puede resultar más coste efectiva que la adaptación de viviendas, su utilidad probablemente se limite a aquellos casos en los que existe una deficiencia de esa vitamina, mientras que la adaptación de las viviendas puede ser útil para una mayor proporción de personas. |
| 152 | No dominante | <ul style="list-style-type: none"> • El servicio de prevención de caídas tiene como resultado un menor número de caídas en el grupo de intervención pero no se diferencia significativamente del grupo control. En concreto, la intervención evaluada permite evitar unas 0.17 caídas al año por persona (con una media de caídas anuales de 2.24 a 2.07). • En relación al coste, se trata de un servicio más costoso y los resultados indican que el coste incremental por cada caída evitada asciende a £3.320. El coste en atención sanitaria para el grupo de intervención (£1.722) es mayor que el del grupo de control (£1.659) pero las diferencias entre grupos no son estadísticamente significativas. • Los autores concluyen que el programa de prevención de caídas en el ámbito hospitalario reduce el número de caídas (aunque no de forma significativa) a un mayor coste que la atención ordinaria, por lo que no se trata de un servicio coste-efectivo. |
| 170 | No concluyente | El estudio no recoge información sobre si se reduce el número de caídas gracias a la intervención, solamente presenta datos descriptivos de la intervención y del coste de la misma. |
| 222 | Coste efectivo | <p>Los programas analizados consiguen prevenir caídas a un coste razonable, en la mayoría de los casos. Hay tres programas que ofrecen ahorro de costes en diferentes subgrupos de participantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un programa multifactorial (centrado en la evaluación de riesgos, el ejercicio, la modificación de la conducta y la modificación de la medicación) que identifica ocho factores de riesgo de caídas y resulta coste-efectiva para aquellas personas que presentan más de 4 de esos factores. • El Otago exercise programme (entrenamiento en fortalecimiento muscular y equilibrio) para personas de 80 o más años. • Un programa de adaptación de la vivienda para aquellos que acaban de regresar al domicilio tras una hospitalización por caída previa. |
| 237 | No dominante | El programa de ejercicio evaluado tuvo un impacto positivo en la percepción de las personas participantes sobre su funcionamiento físico y redujo notablemente el riesgo de caída y de sufrir heridas importantes como consecuencia de esas caídas. No obstante, no se detectó una disminución significativa en el uso de servicios sanitarios como consecuencia del programa. Esto significa que el programa no supone un ahorro económico: prevenir una caída tuvo un coste de 207,24 \$ en el primer año de intervención y 174,9 \$ tras dos años. El coste de prevenir cada caída que resultó en heridas importantes fue de 301,6 \$ el primer año y de 281,2 \$ tras dos años. |

4.1.7. Servicios de atención diurna

Como se ha señalado previamente, se han hallado un total de seis estudios de coste efectividad relacionados con los servicios de atención diurna. En tres casos las intervenciones descritas se han considerado coste efectivas, mientras que en dos casos se ha considerado que la relación no es dominante. En un caso, los datos aportados en la investigación no resultan concluyentes y no permiten realizar una valoración.

Cabe señalar que, de los seis estudios hallados, dos proceden del Estado español y uno, en concreto, de la CAPV (de hecho se trata de los dos únicos estudios españoles incluidos en la revisión). En lo que se refiere a la población destinataria, todos ellos se centran en la población mayor dependiente y/o con demencia. De los seis estudios revisados, uno es un estudio exploratorio, dos son estudios controlados no aleatorios, uno es un estudio aleatorio controlado, otro es un estudio pre y post sin grupo de control, y el último es una revisión de la literatura.

El objetivo más habitual de las intervenciones analizadas es el de mejorar o mantener la capacidad funcional de las personas atendidas, si bien, en algunas de las intervenciones analizadas, se señalan también otros objetivos como los de mejorar el estado de salud de las personas usuarias, incrementar su nivel de satisfacción o reducir la carga de trabajo de las personas cuidadoras. También se señalan como objetivos de estas intervenciones los de mejorar la calidad de vida de las personas atendidas y retrasar o evitar la institucionalización. La descripción de las intervenciones coincide en general con las características habituales que tienen, en nuestro contexto, los centros de día asistenciales para personas mayores. En todos los casos en los que se refiere el perfil de los profesionales implicados, se hace referencia a un equipo multidisciplinar.

Tabla 32. Descripción de las intervenciones analizadas en el ámbito de los servicios de día

| Id Documento | Referencia | Tipo de estudio | Población destinataria | Descripción de la intervención | Objetivos evaluados |
|--------------|--|---------------------------------|--|---|---|
| 48 | Zapiain, A. "Centros de atención diurna para mayores: aproximación a un modelo de coste estandarizado". <i>Zerbitzuan</i> , 37, 1999, pp. 5-18. | Estudio exploratorio | Personas mayores dependientes o en riesgo de dependencia | Se pueden diferenciar tres grandes grupos de centros de día: 1. Centros exclusivamente independientes exclusivamente concebidos para prestar este tipo de atención y que no comparten recursos con ningún otro servicio. 2. Centros exclusivos anexos a residencias que comparten una serie de servicios lo que permite una optimización de recursos. 3. Servicios de atención diurna dentro de residencias donde se comparten todos los medios y equipamientos con los usuarios de las residencias salvo algunos espacios de utilización exclusiva por parte de los usuarios diurnos. | Mejorar o mantener la capacidad funcional |
| 66 | Artaso, B. Et Al. "Análisis coste-consecuencia de un centro de día psicogeriátrico". <i>Revista Española de Geriatria y Gerontología</i> , 37, 6, 2002, pp. 291-297. | Estudio controlado no aleatorio | Personas mayores con demencia | Recurso asistencial que ofrece atención grupal con personal profesional o voluntario, en un entorno localizado fuera del hogar del usuario, durante más de 4 horas al día. Los sujetos son traídos y llevados al servicio, cuyos objetivos no son puramente educativos o recreativos. Los objetivos son: prevenir la institucionalización, potenciar las capacidades mentales y físicas de los pacientes, ofrecer cuidados personales básicos, proporcionar el tratamiento y la rehabilitación, servir de soporte a los cuidadores y orientar y aconsejar a pacientes y cuidadores. Los componentes terapéuticos son: utilización del medio como prótesis, rehabilitación física y cognoscitiva, orientación en la realidad, técnicas conductuales, tratamiento farmacológico y apoyo a las familias. | <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar el estado de salud de las personas usuarias • Mejorar o mantener la capacidad funcional • Incrementar el grado de satisfacción de las personas usuarias • Reducir la carga de trabajo de las personas cuidadoras |

| Id Documento | Referencia | Tipo de estudio | Población destinataria | Descripción de la intervención | Objetivos evaluados |
|--------------|--|------------------------------------|-------------------------------|--|---|
| 67 | Tousignant, M. Et Al. "Economic Evaluation of a Geriatric Day Hospital: Cost-Benefit Analysis Based On Functional Autonomy Changes". Age and Ageing, 32, 1, 2003, pp. 53-59. | Estudio pre-post sin grupo control | Personas mayores dependientes | | Mejorar o mantener la capacidad funcional |
| 68 | Gaugler, J.E. Et Al. "Evaluating Community-Based Programs for Dementia Caregivers: the Cost Implications of Adult Day Services". Journal of Applied Gerontology, 22, 1, 2003, pp. 118-133. | Estudio controlado no aleatorio | Personas mayores dependientes | Centros de día que proporcionan servicios fuera del domicilio, tales como actividades terapéuticas, control de la salud, socialización, atención médica, y transporte. | Reducir la carga de trabajo de las personas cuidadoras |
| 217 | Wimo, A. Et Al. "Cost-Effectiveness Analysis of Day Care for Patients with Dementia Disorders". Health Economics, 3, 6, 1994, pp. 395-404. | Estudio controlado aleatorio | Personas mayores con demencia | Son centros en los que se atiende en horario diurno en pequeños grupos a personas mayores con demencia. Los centros, que pueden ser unidades independientes o formar parte de hospitales, están orientados a proporcionar actividades, supervisión e interacción social entre los usuarios. Uno de los objetivos de la intervención es proporcionar alivio a los familiares que se puedan sentir sobrecargados en su rol de cuidador informal. | Mejorar la calidad de vida |
| 228 | Pickard, L. "The Effectiveness and Cost-Effectiveness of Support and Services to Informal Carers of Older People. A Review of the | Revisión de la literatura | Personas mayores dependientes | Son servicios de atención comunitaria con presencia de cuidadores remunerados o voluntarios en un entorno fuera del domicilio. Los usuarios son llevados y traídos al servicio y la atención proporcionada es de un mínimo de 4 horas diarias. | <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la calidad de vida • Retrasar o evitar la institucionalización • Incrementar el grado de satisfacción de las personas usuarias • Mejorar el estado de salud de las personas usuarias |

| Id Documento | Referencia | Tipo de estudio | Población destinataria | Descripción de la intervención | Objetivos evaluados |
|--------------|---|-----------------|------------------------|--------------------------------|---------------------|
| | Literature Prepared for the Audit Commission". Londres, Audit Commission, 2003, pp. 90. | | | | |

¿En qué medida los servicios analizados resultan eficaces a la hora de cumplir los objetivos propuestos? En lo que se refiere al principal de los objetivos señalados, el de mantener la capacidad funcional, los resultados no parecen muy positivos: Artaso, et al. (2002) indican que durante el periodo analizado se produjo en el grupo de control un empeoramiento lineal significativo en la capacidad funcional, sin que pudiera constatarse una mejoría emocional. Tampoco estos autores detectan mejoras significativas en lo que se refiere a la mejora del estado de salud de las personas atendidas. Desde otro punto de vista, Zapiain et al. (1999) señalan que la utilidad social del centro de día es inferior a la de la residencia, si bien supera la del SAD. El trabajo de Tousignant (2003), por el contrario, sí parece hallar un cierto efecto positivo relacionado con la mejora de la capacidad funcional de las personas usuarias.

En lo que se refiere a la mejora de la calidad de vida, Wimo, et al. (1994) no hallaron diferencias significativas en la calidad de vida del grupo de control en relación al grupo de intervención. Sin embargo, los datos sí muestran diferencias significativas entre grupos en aspectos concretos: así, la habilidad para vestirse y desvestirse empeoró menos en el grupo de intervención en comparación con el grupo de control; el estado de ánimo mejora significativamente en el grupo de intervención, mientras que en el grupo control empeora. Además, los deseos de fallecer fueron significativamente más frecuentes en el grupo control en comparación con el grupo que recibió los servicios de día.

En lo que se refiere a la reducción de la carga de las personas cuidadoras, Artaso (2002) señala que la calidad de vida del cuidador sufre un deterioro global a lo largo del año en ambos grupos y la sobrecarga con los cuidados se mantiene durante el seguimiento en ambos recursos asistenciales. Gaugler et al. (2003), sin embargo, indican que a los tres meses de intervención, la carga de las personas cuidadoras y la incidencia de depresión es menor en el grupo de intervención que en el grupo de control. Tras un año de intervención, los buenos resultados en términos de la carga de trabajo y la incidencia de depresión se mantuvieron. En el mismo sentido, Pickard (2003) refiere un estudio que muestra que el servicio de día reduce el estrés del cuidador en un 85%, con especial incidencia en usuarios con discapacidad cognitiva severa y cuidadores que tienen un trabajo remunerado. Este trabajo también muestra que la disminución del estrés del cuidador aumenta significativamente la habilidad de la persona mayor para permanecer en la comunidad por períodos de tiempo extensos. La revisión de Pickard

indica así mismo que los datos sobre el efecto de la intervención en el ingreso de la persona mayor en residencias son confusos y poco concluyentes. También en lo que se refiere a la mejora de la situación de las personas usuarias, la revisión de Pickard señala resultados contradictorios. Pese a ello, los autores concluyen que este tipo de servicios sí reducen los efectos psicológicos negativos que la atención a personas mayores provoca en los cuidadores informales.

Pese a que la consecución de los objetivos es, como se ha visto, parcial, tres de los estudios analizados consideran coste efectivo el servicio de día. Zapiain (1999) por ejemplo indica que la residencia es el recurso de mayor rentabilidad social y que lo seguirá siendo aún en mayor medida a pesar de su mayor coste. A juicio del autor, ante el dilema entre gasto y rentabilidad, se aboga por la opción de los centros de día, capaces de conjugar un coste razonable con una utilidad aceptable. El argumento que demuestra la coste-efectividad de los centros de día se plantea de forma más clara en el estudio de Tousignant (2003): en ese caso, los resultados del análisis coste-beneficio indican que por cada dólar invertido en la intervención analizada el beneficio para la sociedad es de 2,14 dólares. En el mismo sentido, el estudio de Wimo (1994) indica que si bien no se detectaron diferencias significativas entre grupos en la escala utilizada para medir la calidad de vida, sí se observaron mejoras en algunas capacidades funcionales y en el estado de ánimo, con un coste inferior al de otros servicios.

Tabla 33. Conclusiones de las intervenciones analizadas en el ámbito de los servicios de día

| Id Docu-mento | Conclusión sobre coste-efectividad | Conclusiones |
|---------------|------------------------------------|--|
| 48 | Coste efectivo | La residencia es el recurso de mayor rentabilidad social y lo seguirá siendo aún en mayor medida a pesar de su mayor coste. A juicio del autor, ante el dilema entre gasto y rentabilidad, se aboga por la opción de los centros de día, capaces de conjugar un coste razonable con una utilidad aceptable. |
| 66 | No dominante | Los resultados son similares a otros de la literatura y los autores señalan que la decisión de la institucionalización no sólo se relaciona con la gravedad de la enfermedad sino que también con variables del cuidador. El ingreso en residencias se produce en mayor porcentaje en el grupo de intervención y esto se puede explicar por el hecho de que si un cuidador decide llevar a su familiar a un centro de día ya se muestra una determinada actitud hacia la utilización de recursos formales que podría considerarse como el paso previo a la institucionalización. Además, el contacto con los recursos formales también les facilita la información y el acceso a recursos residenciales. En cuanto a efectividad, los resultados no permiten afirmar que dicho recurso modifique la evolución natural de la enfermedad, con lo que se produce un deterioro cognitivo y funcional progresivo a |

| Id Docu-mento | Conclusión sobre coste-efectividad | Conclusiones |
|---------------|------------------------------------|--|
| | | <p>lo largo del año del estudio al igual que en el grupo control.</p> <p>El centro de día no modifica de forma significativa la calidad de vida ni la sobrecarga del cuidador. Sin embargo, la satisfacción de los cuidadores del grupo tratamiento es mayor que los del grupo control</p> <p>Se puede concluir que los CD suponen mayores costes; no obstante, no mejoran de forma significativa el estado de salud de los pacientes ni la situación del cuidador. Únicamente la satisfacción con los cuidados es mayor entre los familiares de los pacientes que acuden a este tipo de recursos intermedios.</p> |
| 67 | Coste efectivo | <p>Los resultados del análisis coste-beneficio indican que por cada dólar invertido en la intervención analizada el beneficio para la sociedad es de \$2,14.</p> <p>El beneficio fue un 114% mayor que el coste.</p> |
| 68 | No concluyente | <p>A los 3 meses, una mejoría de 1 punto en la escala que mide la carga de las personas cuidadoras supuso un gasto de 6,38 \$. Una mejoría de 1 punto en la escala de depresión, por su parte, tuvo un coste de 2,90 \$. Al año, estos costes se reducirían a 4,51 \$ para mejorar la sobrecarga en 1 punto y a 2,20 \$ para una mejora en la depresión</p> |
| 217 | Coste efectivo | <p>Aunque no se detectaron diferencias significativas entre grupos en la escala utilizada para medir la calidad de vida, sí se observaron mejoras en algunas capacidades funcionales y en el estado de ánimo.</p> <p>Además, se constató que el coste de la atención diurna resultaba menor que la de los servicios comunitarios (atención domiciliaria) habituales.</p> |
| 228 | No concluyente | <p>Los resultados de la revisión de la literatura sobre la eficacia de los servicios son contradictorios. No obstante, un estudio muestra que los servicios de día pueden ser coste-efectivos para personas mayores en general y especialmente personas con discapacidad cognitiva y problemas de conducta ya que alargan la estancia de la persona en la comunidad y se reduce la carga del cuidador.</p> |

4.1.8. *Servicios de respiro*

a) *Resultados generales*

Tres revisiones de la literatura relativamente recientes han analizado la efectividad y la relación coste-efectividad de los servicios de respiro, llegando a conclusiones contradictorias. Uno de ellos, (Pickard, L., 2003) que ha analizado los estudios publicados sobre modalidades residenciales y domiciliarias de respiro para personas mayores, llega a la conclusión de que se trata de servicios coste-efectivos, mientras que una revisión posterior (Mason, A. et al., 2007) no encuentra pruebas suficientes en este sentido, sino que, más bien al contrario, concluye que, en general, no se trata de servicios coste efectivos. Finalmente, una revisión realizada en 2004 sobre servicios de respiro para personas mayores con demencia (Arksey, H. et al., 2004), concluye que no existe evidencia suficiente sobre la coste-efectividad de los servicios

de respiro para este colectivo. La evidencia científica, por tanto, no es en absoluto concluyente sobre este tipo de intervenciones.

b) Descripción de las intervenciones

Tal y como se ha mencionado, dos de las revisiones de la literatura incluidas en este trabajo han analizado la relación coste-efectividad de los servicios de respiro para personas mayores en general, mientras que un estudio se centra en los servicios específicos para personas con demencia. Por otra parte, tratándose de revisiones de la literatura, se han incluido en ellas tanto modalidades residenciales como domiciliarias de respiro (servicios de día, ayuda a domicilio, en acogimiento familiar y video-respiro, fundamentalmente). En este sentido, la revisión realizada por Pickard, L., en 2003 es la más restrictiva, incluyendo únicamente las modalidades de respiro residencial y de ayuda a domicilio.

Por lo que a los objetivos de las intervenciones evaluadas se refiere, las tres revisiones refieren objetivos muy similares, comenzando por mejorar el estado de salud de las personas usuarias y los familiares que se ocupan de su cuidado, mejorar su calidad de vida, retrasar o evitar el ingreso de la persona mayor en centros residenciales, reducir la carga de trabajo de las personas cuidadoras e incrementar el grado de satisfacción de las personas usuarias.

Tabla 34. Descripción de las intervenciones analizadas en el ámbito de los servicios de respiro

| Población destinataria | Id Documento | Referencia | Tipo de estudio | Descripción de la intervención | Objetivos evaluados |
|--|--------------|--|---------------------------|---|--|
| Personas mayores dependientes o en riesgo de dependencia | 107 | Mason, A. Et Al. <i>A Systematic Review of the Effectiveness and Cost-Effectiveness of Different Models of Community-Based Respite Care for Frail Older People and Their Carers</i> . 11, Serie: Health Technology Assessment Report, 15, Southampton, NIHR Coordinating Centre for Health Technology Assessment, 2007, pp. 180. | Revisión de la literatura | Se analizan distintos tipos de servicios de respiro: servicios de día, respiro en el domicilio, respiro en familias de acogida, respiro en centros residenciales, video-respiro y paquetes combinando varios tipos de respiro. | <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la calidad de vida • Mejorar el estado de salud de las personas usuarias • Reducir la carga de trabajo de las personas cuidadoras • Reducir el uso de servicios formales • Retrasar o evitar la institucionalización |
| | 227 | Pickard, L. <i>The Effectiveness and Cost-Effectiveness of Support and Services to Informal Carers of Older People. A Review of the Literature Prepared for the Audit Commission</i> . Londres, Audit Commission, 2003, pp. 90. | Revisión de la literatura | Los servicios de respiro que se revisan en este trabajo se componen de servicios a domicilio y servicios de respiro en instituciones. | <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar el estado de salud de las personas usuarias • Retrasar o evitar la institucionalización • Incrementar el grado de satisfacción de las personas usuarias • Reducir la carga de trabajo de las personas cuidadoras |
| Personas mayores con demencia | 83 | Arksey, H. Et Al. <i>Review of Respite Services and Short-Term Breaks for Carers for People with Dementia</i> . Londres, NHS Service Delivery and Organisation R&D Program, 2004, pp. 167. | Revisión de la literatura | <p>Los servicios de respiro están orientados a reducir el estrés que provoca la atención de personas con demencia.</p> <p>Los servicios de respiro pueden implementarse en centros de día, a domicilio, en familias de acogida, en alojamientos residenciales (por períodos de una o más noches), en diferentes programas de respiro y a través de video.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar el estado de salud de las personas usuarias • Retrasar o evitar la institucionalización • Incrementar el grado de satisfacción de las personas usuarias • Reducir la carga de trabajo de las personas cuidadoras |

c) *Aspectos metodológicos*

Desde el punto de vista metodológico, los tres documentos incluidos en esta revisión son, a su vez, revisiones de la literatura científica llevadas a cabo por prestigiosos centros de investigación británicos, como la *Audit Commission*, el *Centre for Reviews and Dissemination*, y la *Social Policy Research Unit* de la Universidad de York. Una de ellas (Mason, et al., 2007) se describe como una revisión sistemática, y otra (Arksey, et al., 2004) consiste en una revisión no sistemática, pero en la que se utilizan protocolos específicos para la búsqueda de estudios relevantes y para la extracción de la información relevante. Finalmente, en la revisión publicada por la *Audit Commission* (Pickard, 2003), los autores reconocen que no les ha sido posible realizar una revisión sistemática por falta de recursos para llevarla a cabo, de manera que se trata fundamentalmente de una actualización de los resultados de revisiones publicadas anteriormente (basada principalmente en una revisión sobre servicios de respiro para personas con problemas de salud mental realizada por Arksey et al en 2002).

Tabla 35. Características metodológicas de los estudios sobre servicios de respiro

| Tipo de estudio | Búsqueda sistemática | Protocolos de búsqueda y extracción de la información | ID Documento |
|---------------------------|----------------------|---|--------------|
| Revisión de la literatura | No | Sí | 83 |
| | Sí | Sí | 107 |
| | No | No | 227 |

d) *Resultados de las intervenciones*

Desde el punto de vista de los resultados, como ya se ha apuntado, las revisiones incluidas en este trabajo son consistentes a la hora de referir los principales objetivos que persiguen los servicios de respiro: mejorar el estado de salud físico y psicológico de las personas que cuidan de sus familiares mayores, reducir la carga que supone su cuidado y retrasar o evitar su institucionalización.

Por lo que se refiere a mejorar la salud de las personas que ejercen de cuidadoras informales de personas mayores, las tres revisiones incluidas coinciden en que los estudios sobre efectividad analizados aportan resultados contradictorios. Existe en ese sentido cierto consenso en los tres trabajos al señalar que no se aprecian efectos significativos sobre la salud física; en cambio, algunos estudios detectan efectos modestos sobre la salud mental y, más concretamente, sobre la incidencia de la depresión (Pickard, 2003 y Mason, et al., 2007), el estrés (Mason, et al., 2007) o la hostilidad por parte del cuidador (Mason, et al., 2007). También merece la pena señalar que estos efectos positivos no parecen producirse en todas las modalidades de respiro por igual, sino que determinadas modalidades, como las estancias temporales en residencias, parecen tener un mayor impacto (Pickard, 2003). En cuanto a la salud de las personas beneficiarias de la atención, sólo el estudio referido a los servicios de respiro para personas con demencia ha analizado este aspecto, sin llegar a resultados concluyentes. Los estudios revisados parecen señalar que las modalidades residenciales de respiro producen efectos positivos sobre el sueño para las personas con demencia. Sin embargo, los resultados sobre la capacidad funcional, y cognitiva resultan contradictorios (Arksey, et al., 2004).

En lo referente a la calidad de vida, los estudios revisados no detectan efectos positivos sobre las personas cuidadoras e incluso indican que los resultados pueden ser negativos cuando se comparan con los servicios residenciales permanentes. Por otra parte, sí se detecta un efecto positivo sobre la calidad de vida de las personas mayores que utilizan servicios de día, frente a las que hacen uso de servicios domiciliarios (Mason, et al., 2007).

Reducir la carga de trabajo de las personas cuidadoras es otro de los objetivos fundamentales de los servicios de respiro. Dos de las revisiones incluidas (Arksey, et al., 2004 y Pickard, 2003) detectan efectos positivos en cuanto a la carga percibida por éstas, especialmente en la modalidad de respiro residencial (Pickard, 2003). La otra revisión incluida (Mason, et al., 2007) concluye por su parte que los resultados son contradictorios, aunque algunos estudios detectan efectos positivos en las siguientes áreas: carga de trabajo subjetiva (paquete de respiro frente a ningún servicio), carga objetiva (un programa de respiro domiciliario que proporcionaba acompañamiento y paseos frente a la atención habitual), y sobrecarga y tensión (servicios de día frente a no servicios de día). Con todo, los autores de esa revisión señalan que

los resultados no deben considerarse definitivos debido a los problemas metodológicos de los estudios incluidos.

La única revisión que ha analizado el efecto de los servicios de respiro en la utilización de otros servicios sanitarios y sociales (Mason, et al., 2007) no refiere ningún impacto significativo a este respecto.

Finalmente, retrasar la institucionalización definitiva de las personas mayores es otro de los objetivos fundamentales de los servicios de respiro, junto con la reducción de la carga de trabajo de las personas cuidadoras. Las dos revisiones que han analizado el grado de consecución de este objetivo detectan algún efecto positivo en este sentido. El estudio que ha analizado los servicios para personas con demencia (Arksey, et al., 2004) señala que se consigue prevenir la institucionalización en la modalidad de respiro residencial, pero no así en la de respiro domiciliario. Por otra parte, Pickard (2003) advierte que el impacto sobre el tiempo de permanencia en la comunidad depende de quién es la persona cuidadora de la persona mayor: cuando está a cargo del hijo/a, se obtienen resultados positivos. Sin embargo cuando el cuidador/a principal es el esposo/a puede darse el efecto contrario, es decir, la provisión de servicios de respiro en residencias puede apresurar o provocar un ingreso residencial.

e) La relación coste efectividad de los programas de respiro

Hasta ahora se han analizado los resultados de los servicios de respiro en términos de su efectividad; no obstante, un servicio efectivo no es necesariamente eficiente, desde el punto de vista económico, frente a otras alternativas igualmente válidas. Tal y como se ha indicado en el apartado sobre resultados generales de coste-efectividad, las conclusiones a las que llegan las tres revisiones incluidas son contradictorios. En el caso de los servicios dirigidos a personas con demencia (Arksey, et al., 2004), se detectan algunos efectos positivos sobre la salud mental y la carga de trabajo de las personas cuidadoras y también sobre el uso de servicios residenciales por parte de las personas atendidas. No obstante, los resultados también indican que se trata de servicios con un elevado coste, lo que reduce su relación coste-efectividad. La revisión concluye así que no existe evidencia suficiente para afirmar que las intervenciones analizadas son coste-efectivas.

Los dos estudios de revisión que analizan los servicios de respiro para personas mayores frágiles o dependientes alcanzan conclusiones aparentemente contradictorias. El estudio llevado a cabo por la *Audit Commission* (Picard, 2003), aunque reconoce la existencia de resultados en uno y otro sentido, concluye que sí existen indicios suficientes sobre la coste-efectividad de los servicios de respiro residencial, frente a los servicios domiciliarios, que no resultan coste-efectivos. La revisión realizada por la *Centre for Reviews and Dissemination* (Mason, et al., 2007), por su parte, concluye que los servicios de respiro (en este caso diurnos) no son coste-efectivos, puesto que aportan los mismos beneficios que la atención habitual a un coste sensiblemente mayor.

La aparente contradicción existente entre estas dos revisiones se debe probablemente a los criterios metodológicos utilizados para seleccionar los estudios susceptibles de ser incluidos en las mismas. La revisión de la *Centre for Reviews and Dissemination*, con criterios metodológicos más estrictos, solo detectó cinco evaluaciones económicas, todas ellas relativas a servicios de respiro en centros de día. La revisión de la *Audit Commission*, por su parte, incluyó otro tipo de informes y estudios que, si bien más débiles desde el punto de vista metodológico, aportan luz sobre la relación coste-efectividad de otras modalidades de atención, como la residencial.

A modo de conclusión puede decirse que existen pruebas suficientes de que los servicios diurnos, cuando se utilizan como respiro, no resultan más coste-efectivos que la atención habitual (Mason, et al., 2007). Por otra parte, existen indicios –si bien menos sólidos–, de que el respiro en servicios residenciales puede afectar positivamente a las personas cuidadoras de personas mayores en cuanto a la carga de trabajo percibida, los sentimientos negativos que tienen como consecuencia del cuidado y sus niveles de depresión. Esta modalidad de respiro también retrasa la institucionalización de las personas mayores que se encuentran al cuidado de sus hijos/as (Pickard, 2003). Finalmente, la revisión de estudios referidos específicamente a los servicios de respiro para personas con demencia no permite extraer conclusiones definitivas en cuanto a su coste-efectividad frente a otras alternativas (Arksey, et al., 2004).

Tabla 36. Conclusiones básicas de los estudios analizados en el ámbito de los servicios de respiro

| Población destinataria | Id Documento | Conclusiones sobre coste-efectividad | Conclusiones |
|--|--------------|--------------------------------------|--|
| Personas mayores dependientes o en riesgo de dependencia | 107 | No coste-efectivo | Los estudios analizados indican que los servicios de respiro generalmente tienen un efecto mínimo a la hora de reducir la sobrecarga de trabajo de las personas cuidadoras, o de mejorar su salud física y mental. No obstante, las personas usuarias y sus cuidadores muestran elevados niveles de satisfacción con el servicio. Existen muy pocos estudios sobre la relación coste-efectividad de los servicios de respiro. Los cinco estudios de coste-efectividad detectados han analizado los servicios de día. De acuerdo con estos estudios, el servicio resulta tanto o más costoso que los cuidados habituales con los que se compara. Dado que los beneficios no parecen ser muy destacables y el coste resulta mayor que el de los cuidados habituales, no se puede concluir que la provisión de atención diurna como servicio de respiro sea coste-efectiva. No obstante, hay que tener en cuenta que se han podido detectar muy pocos estudios y que la mayoría tienen problemas metodológicos, por lo que debe considerarse que no existe suficiente evidencia en uno u otro sentido. |
| | 227 | Coste efectivo | Aunque las investigaciones revisadas en algunos casos arrojan resultados contradictorios, se puede decir que los servicios de respiro en residencias sí son coste-efectivos a la hora de reducir los efectos psicológicos negativos que la atención a personas mayores provoca en los cuidadores informales; son eficaces a la hora de reducir la percepción de la carga de trabajo de los cuidadores/as; pueden retrasar la institucionalización de las personas mayores, especialmente cuando están al cuidado de sus hijos/as y consiguen un elevado grado de satisfacción de las personas usuarias. Por el contrario, no hay evidencias suficientes para decir que los servicios de respiro a domicilio (sitters services) sean coste-efectivos. |
| Personas mayores con demencia | 83 | No concluyente | <ul style="list-style-type: none"> Los estudios analizados proporcionan resultados confusos y en ocasiones contradictorios. La evidencia sobre la eficacia y coste-eficacia de los servicios de respiro y las cortas estancias es limitada. Los autores señalan que es importante tener en cuenta que la falta de evidencia sobre la eficacia no significa que este tipo de servicios sean ineficaces. Los servicios de día y los paquetes de apoyo multidimensional pueden proporcionar grandes beneficios a cuidadores y receptores de cuidados pero sus costes asociados pueden ser altos. Solamente uno de los estudios revisados analiza los años de vida ajustados por calidad (AVAC) y concluye que el coste de un paquete combinado de servicios de respiro es comparado favorablemente con otras intervenciones de atención sanitaria y que puede presentar una buena relación calidad-precio. Los estudios revisados presentan limitaciones metodológicas que no permiten conocer cómo de coste-efectivos son los servicios de respiro para personas con demencia. |

4.1.9. *Servicios comunitarios en general*

Dada su escasa especificidad, dos de los trabajos de investigación incluidos en la revisión han sido agrupados bajo la categoría de servicios comunitarios en general. Uno de ellos ha sido considerado coste efectivo, mientras que los resultados del segundo trabajo no resultan concluyentes.

El primero de los estudios (Lakin, et al., 2005) se centra en los programas de atención comunitaria orientados a las personas con discapacidad intelectual prestados en Estados Unidos, y establece como objetivo básico el de reducir el coste. El estudio analiza el conjunto de los servicios comunitarios que se prestan a estas personas –apoyos en el domicilio, servicios de día, trabajo protegido, servicios de respiro, ayudas técnicas, modificaciones en el domicilio, transporte, asistencia en crisis, y diferentes programas de formación y asesoramiento–. El segundo estudio (Greene et al., 1992) analiza en qué medida las personas usuarias de servicios comunitarios (en particular servicios de asistencia domiciliaria de carácter sanitario y social) recurren menos que quienes no los utilizan a los servicios residenciales,

Tabla 37. Descripción de las intervenciones analizadas en el ámbito de los servicios de respiro

| ID Documento | Referencia | Tipo de estudio | Población destinataria | Descripción de la intervención | Objetivos evaluados |
|--------------|---|---------------------------------|--|--|---|
| 205 | Lakin, K.C. Et Al. "Home and Community-Based Services. Costs, Utilization, and Outcomes. En: Costs and Outcomes of Community Services for People with Intellectual Disabilities". Baltimore, Paul H. Brookes, 2005, pp. 91-127. | Estudio controlado no aleatorio | Personas con discapacidad intelectual | Son programas que tienen como objetivo apoyar y atender a personas con discapacidad intelectual en sus domicilios o comunidades como alternativa a la atención residencial que se considera más costosa. Desde este tipo de servicios se proporciona una amplia gama de recursos: apoyos en el domicilio, servicios de día, trabajo protegido, servicios de respiro, ayudas técnicas, modificaciones en el domicilio, transporte, asistencia en crisis, y diferentes programas de formación y asesoramiento. | Reducir el coste |
| 212 | Greene, V.L. Et Al. "Reducing Nursing Home Use Through Community Long-Term Care: An Optimization Analysis Using Data From the National Channel- | Estudio controlado aleatorio | Personas mayores dependientes o en riesgo de dependencia | Se trata de los servicios comunitarios habituales | Retrasar o evitar la institucionalización |

| ID Documento | Referencia | Tipo de estudio | Población destinataria | Descripción de la intervención | Objetivos evaluados |
|--------------|---|-----------------|------------------------|--------------------------------|---------------------|
| | ing Demonstration". Washington, U.S. Department of Health and Human Services, 1992, pp. 35. | | | | |

En el primer caso (Lakin, et al., 2005), se trata de un estudio controlado no aleatorio que compara la situación de personas usuarias de servicios comunitarios en general y a usuarios de servicios de atención residencial para personas con discapacidad intelectual, analiza factores asociados a las variaciones en la utilización y en los presupuestos de los servicios comunitarios y explora la asociación entre costes de servicios y resultados o beneficios de la intervención en la calidad de vida de los usuarios. De todos los usuarios de los servicios comunitarios se seleccionó una muestra representativa de 474 personas provenientes de áreas urbanas y de áreas rurales. Se recogieron datos administrativos de los usuarios de servicios comunitarios (incluido el gasto) y de diferentes instrumentos de medida. Además, se llevaron a cabo entrevistas individuales (n= 377), telefónicas, grupos de discusión y se completaron diferentes cuestionarios. Los datos de estas personas se compararon con los de 3.344 usuarios/as de servicios residenciales. La validez interna del estudio es pobre y la validez externa buena.

El segundo estudio (Greene, et al. 1992) pretende averiguar si resulta posible reducir el uso de servicios residenciales en la población haciendo un mayor uso de servicios comunitarios y sin incrementar el coste de éstos. El modelo pretende mostrar cómo habría que configurar el servicio, teóricamente, para minimizar la tasa de residencialización de la población, es decir, a qué tipos de perfiles habría que orientar el servicio para que fuera lo más eficiente posible a la hora de evitar la institucionalización. Al comparar esta configuración teórica con la que se da en la práctica se logra conocer la naturaleza de las ineficiencias actuales, y se realizan recomendaciones para corregirlas. La principal variable de resultado fue el riesgo de residencialización, que se calculó a partir de la probabilidad de que un individuo de la muestra se encontrara en una residencia en un momento dado. Las variables dependientes fundamentales fueron el uso (horas mensuales de atención recibidas) de servicios comunitarios, incluida la atención sanitaria domiciliaria y la atención social (apoyo para tareas personales y domésti-

cas). La información sobre los servicios utilizados se recogió mediante cuestionario, a los 6 y 12 meses de intervención.

Los resultados del estudio de Greene muestran que los servicios comunitarios pueden reducir considerablemente la utilización de servicios residenciales cuando los recursos se dirigen a la población adecuada. También se observa que los sistemas de asignación de recursos comunitarios en los años 90 en los Estados Unidos eran muy ineficientes a este respecto. De acuerdo con el modelo teórico elaborado, para poder reducir el uso de servicios residenciales, resulta necesario incrementar la intensidad de la enfermería a domicilio, y también de los servicios de atención doméstica, reduciendo en cambio, las modalidades intermedias de atención personal. Por otra parte, el modelo muestra claramente la necesidad de concentrar los recursos comunitarios en las personas mayores que viven solas, las que tienen más discapacidades en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, las que tienen su capacidad cognitiva afectada, las que no tienen hijos/as y las que tienen una menor capacidad económica.

Desde el punto de vista de la relación coste efectividad, el estudio demuestra que si los servicios comunitarios se dirigen a la población de mayor riesgo de institucionalización –personas solas, más dependientes y con menos recursos económicos– resulta posible reducir la tasa de residencialización sin incrementar el coste total para el sistema.

El estudio de Lakin (2005), más reciente, no ofrece por el contrario resultados concluyentes. Por una parte, se observa que el programa evaluado proporciona apoyo a las personas por un coste menor que las fórmulas de alojamiento en la comunidad. Sin embargo, el estudio no encuentra una asociación clara entre los costes del servicio y los indicadores relacionados con la calidad de vida de los usuarios. Así, desde el punto de vista de la relación coste efectividad, si bien el estudio muestra que el coste de la atención es menor para las personas que utilizan servicios comunitarios, en la medida en que no se mide la calidad de la atención prestada, o los beneficios obtenidos, no puede hablarse de coste-efectividad.

4.1.10. Servicios de rehabilitación

Se han hallado dos evaluaciones económicas orientadas a valorar la relación coste eficacia de los servicios de rehabilitación. Ninguna de ellas considera coste efectivos estos servicios: en un caso (Audit Commission, 2000) los resultados del estudio no son concluyentes y en el otro caso (Ah-Soune y De Vignerte, 2000) la relación se ha considerado no dominante.

Ambos estudios describen intervenciones dirigidas a personas mayores en situación o riesgo de dependencia. En el caso del estudio de Ah-Soune y De Vignerte (2000), la intervención estaba específicamente destinada a personas mayores en fase de post-hospitalización que vuelven a su domicilio tras una intervención ortopédica. En el primer caso se trata de un estudio controlado aleatorio, mientras que el trabajo de la Audit Commission consiste en una revisión de la literatura publicada en torno a los servicios de rehabilitación para personas mayores.

Tabla 38. Descripción de las intervenciones analizadas en el ámbito de los servicios de respiro

| Id documento | Referencia | Tipo de estudio | Población destinataria | Descripción de la intervención | Objetivos evaluados |
|--------------|---|------------------------------|--|---|---|
| 55 | Ah-Soune, M.F. De Vignerte, B. "Intérêts et couts d'une réinsertion gériatrique après séjour en soins de suite et réadaptation". La Revue de Geriatrie, 25, 7, 2000, pp. 471-476. | Estudio controlado aleatorio | Personas mayores dependientes o en riesgo de dependencia | <p>Los servicios de seguimiento geriátricos reciben pacientes de orientación ortopédica, para rehabilitación después de una intervención quirúrgica. El grupo de intervención recibe la visita a domicilio del profesional de rehabilitación, no así el grupo de control.</p> <p>Se analiza también el coste de esta rehabilitación para los diferentes financiadores (servicio de seguimiento geriátrico, la propia persona o la comunidad).</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar o mantener la capacidad funcional • Retrasar o evitar la institucionalización • Reducir el uso de servicios hospitalarios |
| 203 | Varios Autores "The Way to Go Home: Rehabilitation and Remedial Services for Older People". Serie: Promoting Independence, 4, Londres, Audit Commission, 2000, pp. 109. | Revisión de la literatura | Personas mayores dependientes o en riesgo de dependencia | El artículo plantea que los servicios de rehabilitación precisan de una gama amplia y variada de prestaciones: la rehabilitación comienza con los cuidados intensivos que el paciente recibe tras su ingreso hospitalario y en la mayor parte de los casos prosigue con servicios especializados de rehabilitación prestados en el propio centro hospitalario por parte de un equipo multidisciplinario. Son también precisas estructuras intermedias para cuando la necesidad de atención hospitalaria decrece y, y finalmente, servicios de rehabilitación comunitarios en el domicilio de la persona afectada. | Mejorar la calidad de vida |

La intervención descrita por Ah-Soune y De Vignerte da cuenta de los servicios de seguimiento que reciben pacientes geriátricos tras una intervención ortopédica con vistas a su rehabilitación funcional. El grupo de intervención recibe la visita a domicilio del profesional de rehabilitación, no así el grupo de control. El trabajo evalúa la eficacia del procedimiento del seguimiento geriátrico, particularmente en lo que se refiere a la intervención del personal especializado en ergoterapia, servicio que no se pone a disposición del grupo de control. La evaluación del programa pone de manifiesto que la mejora de la capacidad funcional se produjo de forma similar en los dos grupos; sin embargo, las personas del grupo de intervención registraron resultados sensiblemente mejores tanto en lo que se refiere al recurso a servicios hospitalarios (sólo el 60% del grupo de control continuaba residiendo en sus hogares dos meses después del alta inicial, frente al 100% del grupo de intervención). El coste de la intervención analizada fue sin embargo, sensiblemente más elevado que el coste del seguimiento realizado a las personas del grupo de control. Las conclusiones del estudio ponen de manifiesto por tanto la efectividad del programa, que se refleja en una menor tasa de hospitalización. Según los autores, estos buenos resultados en el grupo de intervención se debe en gran parte a la adaptación de la vivienda realizada (88% de los casos) a lo que hay que sumar los beneficios del apoyo psicológico recibido en las visitas domiciliarias. En la medida en que el coste de la intervención analizada es sensiblemente más elevado que el del programa convencional, se considera que la relación coste eficacia resulta en este caso no dominante.

En lo que se refiere a la revisión de la literatura realizada por la Audit Commision en 2000, se trata de una revisión sistemática de la literatura que analiza el contenido de los servicios de rehabilitación que se prestan en el Reino Unido. El informe describe las características de todos los servicios de rehabilitación y destaca la escasa relación que unos y otros han mantenido, lo que ha venido a dificultar el abordaje integral de necesidades de los pacientes. En líneas generales, señala el informe, la impresión es de descoordinación y se antoja imprescindible una mejora en la gestión de los servicios. La revisión realizada concluye que los servicios de rehabilitación, en general, mejoran la calidad de vida de las personas que disfrutan de este tipo de servicios. Se apunta que incluso entre aquellas personas que se encuentran institucionalizadas, aunque no consigan regresar a sus domicilios, gracias a los servicios de rehabilitación su calidad de vida mejora significativamente.

Entre los servicios de rehabilitación analizados los autores destacan los resultados del *North Devon Re-ablement Service*. Este programa ha logrado mejoras significativas en personas mayores de 75 años en el número de admisiones a servicios de emergencia, en la duración de las estancias hospitalarias, y en el porcentaje de re-admisiones. Además, se señala que este tipo de servicio ha permitido una mejor utilización del personal de terapia. En concreto, se indica que la utilización de asistentes puede ayudar a mejorar la calidad de la actividad terapéutica y a reducir la duración de la estancia en un servicio de rehabilitación. Por otra parte, la revisión constata que la utilización de terapeutas ocupacionales en la comunidad reduce significativamente el coste de atención a domicilio en tres ciudades y en una de ellas también se evita la admisión en servicios de atención de larga duración.

Desde el punto de vista de la relación coste efectividad, los autores plantean que es difícil determinar si estos servicios son coste-efectivos en tanto en cuanto las necesidades que se plantean pueden ser de larga duración. Por ejemplo, el ahorro de liberar una cama en un servicio de agudos y trasladar al individuo a un servicio de rehabilitación ahorra dinero, pero los análisis disponibles no son capaces de determinar en qué medida el ahorro derivado de ese tipo de programas compensan el coste adicional inducido. Los autores indican, en cualquier caso, que existan una serie de indicios que podrían apuntar al carácter coste efectivo de este tipo de intervenciones. Así, a modo de ilustración, se señala que uno de los servicios de rehabilitación analizados cuesta la mitad de una plaza hospitalaria y puede reducir la necesidad de atención residencial de larga duración. Además, otro servicio analizado muestra que un equipo de capacitación reduce las admisiones y la duración de una estancia hospitalaria y permite a más personas regresar al domicilio. Con todo, los autores hacen hincapié en la dificultad que plantea el calcular el coste real de la intervención y del grupo comparación. En este sentido, se plantea la necesidad de comparar el servicio de la rehabilitación y de la atención a domicilio con el coste de atención residencial, de tener en cuenta los costes a largo plazo del personal (terapeutas y otro tipo de personal) que han de ser contratados de forma extraordinaria y las diferentes expectativas de vida de las personas que regresan a la vida activa tras la rehabilitación.

4.1.11. Recapacitación a domicilio

a) Resultados generales

Los dos trabajos que se incluyen en la revisión realizada en torno a los servicios de recapacitación a domicilio ponen de manifiesto que la relación coste efectividad existente no resulta dominante; en ambos casos, la intervención resulta efectiva, si bien a un coste sensiblemente superior al de la intervención establecida como referencia.

b) Descripción de las intervenciones

Los dos artículos evalúan programas dirigidos a personas mayores dependientes o en riesgo de dependencia. El artículo de Le Mesurier (1998) describe un servicio que proporciona una evaluación en profundidad y rehabilitación de corta duración (generalmente 6 semanas) a personas mayores o con discapacidad que residen en sus domicilios o en centros residenciales. El objetivo de la intervención es la reducción de las re-admisiones hospitalarias, mediante la capacitación a las personas para que puedan vivir de manera independiente en sus domicilios y evitan la necesidad de la atención residencial. El servicio ofrece servicios de fisioterapia y de terapia ocupacional, y en su prestación participan un responsable de caso y un técnico en re-capacitación.

Por su parte, el trabajo de McLeod y Mair (2009) describe servicio de ayuda a domicilio intensivo, con una duración inferior a 6 semanas. El objetivo de la intervención es rehabilitar a las personas para que puedan recuperar su capacidad para cuidar de sí mismas, reduciendo, cuando resulte posible, la necesidad de servicios de ayuda a domicilio continuados. El servicio tiene una dimensión educativa, de empoderamiento de las personas usuarias, y se basa en la filosofía de colaborar con la persona usuaria en la realización de las tareas, en lugar de sustituirla, con el objetivo de que recupere parte de su capacidad. Un elemento clave del servicio es la planificación de objetivos individualizados adaptados a las necesidades y capacidades de cada persona usuaria. Estos objetivos y los planes para conseguirlos se establecen en colaboración con la propia persona usuaria. El progreso de cada persona hacia la realiza-

ción de los objetivos establecidos se monitoriza diariamente y se revisa en las reuniones que mantiene el equipo semanalmente.

Tabla 39. Descripción de las intervenciones analizadas en el ámbito de los servicios de recapacitación a domicilio

| Id Documento | Referencia | Tipo de estudio | Población destinataria | Descripción de la intervención | Objetivos evaluados |
|--------------|--|---------------------------------|--|---|---|
| 52 | Le Mesurier, N. "Enhancing Independence: An Evaluation of the Effectiveness of Re-ablement Provision in South Worcestershire". Birmingham, University of Birmingham, 1998, pp. 35. | Estudio exploratorio | Personas mayores dependientes o en riesgo de dependencia | <p>Es un servicio que proporciona una evaluación en profundidad y rehabilitación de corta duración (generalmente 6 semanas) a personas mayores o con discapacidad que residen en sus domicilios o en centros residenciales. El objetivo de la intervención es que se reduzca el número de derivaciones de atención a domicilio y las re-admisiones hospitalarias. El objetivo principal es que se capacita a las personas para que puedan vivir de manera independiente en sus domicilios y evitan la necesidad de la atención residencial.</p> <p>El servicio se compone de: fisioterapia, terapia ocupacional, responsable de caso, técnico en re-capacitación, etc.</p> | Mejorar o mantener la capacidad funcional |
| 132 | McLeod, B. Mair, M. "Evaluation of City of Edinburgh Council Home Care Re-ablement Service". Edinburgh, Scottish Government Social Research, 2009, pp. 69. | Estudio controlado no aleatorio | Personas mayores dependientes o en riesgo de dependencia | <p>Se trata de un servicio de ayuda a domicilio intensivo, que generalmente tiene una duración inferior a 6 semanas. El objetivo de la intervención es rehabilitar a las personas para que puedan recuperar su capacidad para cuidar de sí mismas, reduciendo, cuando resulte posible, la necesidad de servicios de ayuda a domicilio continuados.</p> <p>El servicio tiene una dimensión educativa, de empoderamiento de las personas usuarias, y se basa en la filosofía de colaborar con la persona usuaria en la realización de las tareas, en lugar de sustituirla, con el objetivo de que recupere parte de su capacidad.</p> <p>Un elemento clave del servicio es la planificación de objetivos individualizados adaptados a las necesidades y capacidades de cada persona usuaria. Estos objetivos y los planes para conseguirlos se establecen en colaboración con la propia persona usuaria. El progreso de cada persona hacia la realización de los objetivos establecidos se monitoriza diariamente y se revisa en las reuniones que mantiene el equipo semanalmente.</p> | Reducir el uso de servicios formales |

c) Aspectos metodológicos

Como se observa en la tabla, el artículo de Le Mesurier (1998) recoge un estudio exploratorio, mientras que el de McLeod y Mair (2009) se basa en un estudio controlado no aleatorio. En el primer caso, la validez interna del estudio es satisfactoria y su validez externa limitada, mientras que en el segundo caso la validez interna es pobre, pero la validez externa buena.

Tabla 40. Aspectos metodológicos de las intervenciones analizadas en el ámbito de los servicios de capacitación a domicilio

| Tipo de estudio | Validez interna del estudio | Validez externa del estudio | Conclusiones en cuanto a coste-efectividad | Id Documento |
|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--|--------------|
| Estudio controlado no aleatorio | Satisfactoria | Limitada | No dominante | 132 |
| Estudio exploratorio | Pobre | Buena | No dominante | 52 |

d) Eficacia de los programas analizados

Puede decirse que, en líneas generales, las dos intervenciones analizadas resultan eficaces. La evaluación de Le Mesurier (1998) muestra que muestran que la intervención logra cambios significativos en todos los ítems de la escala MDRS a excepción de la ansiedad y la depresión. Los datos de la escala *Modified crichton royal scale* muestran una reducción sustancial del nivel de dependencia de las personas usuarias tras su paso por el programa. Al inicio de la intervención ninguno es evaluado como autónomo y al final una quinta parte sí son considerados como autónomos. Al final el 50% se considera que tiene un nivel de dependencia bajo, lo que supone casi el doble que al inicio del programa. El servicio de re-capacitación en el domicilio se considera por tanto exitoso, ya que permite proporcionar una intervención rehabilitadora flexible y adaptada a cada cliente. Se trata de un servicio eficaz a la hora de reducir el nivel de dependencia de las personas usuarias. En una quinta parte de las personas usuarias desaparece la dependencia que motivó la intervención y los que tienen un nivel de dependencia bajo se duplican respecto al inicio de la misma.

Por su parte, la evaluación realizada por McLeod y Mair (2009) encontró una diferencia estadísticamente significativa entre el grupo de capacitación y el grupo de control en cuanto a la reducción del número de horas de atención domiciliaria necesarias al término de la intervención. Así, teniendo en cuenta la intensidad media del servicio antes y después de las seis semanas de capacitación:

- El grupo que recibió el servicio pasó de necesitar 7,92 horas semanales de media, a necesitar 4,67 horas semanales.
- El grupo de control pasó de necesitar 8,21 horas semanales de media, a necesitar 8,35 horas semanales tras 6 semanas recibiendo el servicio de ayuda a domicilio tradicional.

Teniendo en cuenta la intensidad mediana, las cifras fueron las siguientes:

- El grupo que recibió el nuevo servicio pasó de una mediana de 7 horas semanales, a 3 horas semanales;
- La mediana para el grupo de control se mantuvo en 7 horas semanales al final de las 6 semanas de intervención.

Los datos recogidos a los tres meses de haber finalizado la intervención sugieren que la reducción en el número de horas conseguido al final de la misma se mantuvo en el periodo analizado.

e) Conclusiones en términos de coste eficacia

El análisis de Le Mesurier (1998) pone de manifiesto que el coste medio de la intervención por hora de contacto es un 60% superior al de la intervención domiciliaria convencional, con lo que, teniendo en cuenta su contrastada efectividad, permite considerar esta intervención como no dominante. Para los autores, sin embargo, a largo plazo, la reducción en el uso de servicios por parte de las personas atendidas permitiría considerar coste efectiva la intervención realizada.

En el caso del análisis realizado por McLeod y Mair (2009), los datos del estudio indican que se consiguió una reducción del 41% en el número de horas de atención requeridas, con un incremento del coste del servicio del 29%. En efecto, el coste de la intervención analizada ascendió a 1.050 libras esterlinas por persona usuaria a lo largo de las seis semanas de intervención, a lo que se suma 191 libras adicionales imputadas a la formación inicial del personal. El coste de la intervención utilizada como referente fue de 810 libras.

Tabla 41. Conclusiones de las intervenciones analizadas en el ámbito de los servicios de capacitación a domicilio en términos de coste efectividad

| Id Documento | Conclusiones sobre coste-efectividad | Conclusiones |
|--------------|--------------------------------------|--|
| 52 | No dominante | El servicio de re-capacitación en el domicilio es exitoso ya que permite proporcionar una intervención rehabilitadora flexible y adaptada a cada cliente. Se trata de un servicio eficaz a la hora de reducir el nivel de dependencia de las personas usuarias. En una quinta parte de las personas usuarias desaparece la dependencia que motivó la intervención y los que tienen un nivel de dependencia bajo se duplican respecto al inicio de la misma. Aunque el coste del servicio es ligeramente superior al de la ayuda a domicilio habitual, al final de la intervención los usuarios requieren una menor intensidad de atención, por lo que se consigue un ahorro en términos económicos. |
| 132 | No dominante | Se consiguió una reducción del 41% en el número de horas de atención domiciliar necesarias para el grupo de intervención, con un coste adicional de 240 libras por persona usuaria, es decir, con un incremento del coste del servicio del 29,6%. |

4.1.12. Servicios de acompañamiento

Se ha encontrado un solo trabajo de investigación centrado en el análisis de la relación coste efectividad de los programas de acompañamiento individual. Los resultados de ese trabajo indican que el programa en cuestión no resulta coste efectivo.

Se trata de un programa británico orientado a personas cuidadoras informales, y tiene por objeto de mejorar la calidad de vida de estas personas. El servicio de acompañamiento consiste en que los cuidadores informales tienen acceso a una persona voluntaria que proporciona apoyo de tipo emocional (conversación, compañía, etc.). El apoyo proporcionado no consiste en realizar tareas de cuidado de la persona dependiente, ni tampoco se proporciona asesoramiento especializado. Se trata de un estudio controlado de carácter aleatorio; la validez externa del estudio es buena y la calidad interna satisfactoria.

Tabla 42. Descripción de las intervenciones analizadas en el ámbito de los servicios de acompañamiento

| Id Documento | Referencia | Tipo de estudio | Población destinataria | Descripción de la intervención | Objetivos evaluados |
|--------------|--|------------------------------|--------------------------------|---|----------------------------|
| 156 | Charlesworth, G. Et Al. "Does Befriending by Trained Lay Workers Improve Psychological Well-Being and Quality of Life for Carers of People with Dementia, and at What Cost? A Randomised Controlled Trial". 12, Serie: Health Technology Assessment Report, 4, Southampton, NIHR Coordinating Centre for Health Technology Assessment, 2008, pp. 92. | Estudio controlado aleatorio | Personas cuidadoras informales | El servicio de acompañamiento consiste en que los cuidadores informales tienen acceso a una persona voluntaria que proporciona siempre apoyo de tipo emocional (conversación, compañía, etc.). El apoyo proporcionado nunca consiste en realizar tareas de cuidado de la persona dependiente ni tampoco se proporciona asesoramiento. | Mejorar la calidad de vida |

En lo que se refiere al cumplimiento de los objetivos, los resultados del estudio muestran que no hay diferencias significativas entre el grupo que recibe el servicio y el grupo de comparación en variables tales como ansiedad del cuidador, soledad, afecto positivo y estado de salud. Tampoco en relación a la calidad de vida medida en AVAC (años de vida saludable ganados gracias a la intervención) muestra el estudio diferencias significativas entre el grupo de control y el de intervención. En concreto, se indica que los AVAC obtenidos para los cuidadores informales gracias a la intervención son de 0.946, mientras que en el grupo control la intervención tradicional ha permitido obtener 0.929 AVAC. Además, los autores indican que en el caso de las personas dependientes, la intervención obtiene un 0.365 de AVAC y el resultado de la intervención del grupo control es de 0.314 AVAC.

Dada su escasa efectividad, no resulta sorprendente que la intervención no se considere coste efectiva. Los autores de la investigación señalan en ese sentido que el coste de la intervención por AVAC ganado fue de 105.954 libras esterlinas, muy por encima de lo que se suele considerar el umbral de disposición social a pagar un AVAC. La probabilidad de que la interven-

ción sea coste-eficaz es del 42% a una disposición social a pagar de menos de 30.000 libras esterlinas por AVAC.

4.2. Coordinación socio-sanitaria

En este apartado se analiza la relación coste-efectividad de distintas experiencias de coordinación de servicios socio-sanitarios. La gama de experiencias evaluadas en este campo es amplia y, debido a la relativa indefinición de este ámbito, no resulta sencillo clasificar las intervenciones identificadas para su análisis. Con todo, resulta posible distinguir al menos dos fórmulas de coordinación socio-sanitaria diferenciadas entre los trabajos de investigación revisados.

En primer lugar, se analiza la gestión de casos, como fórmula o mecanismo para coordinar la atención prestada a una persona a nivel de la organización de servicios. En un segundo apartado se analizan los servicios socio-sanitarios integrados, aquellos en los que se produce una completa integración a nivel de sistema (nivel macro) o en el conjunto de servicios sociales y sanitarios dirigidos a personas mayores dependientes y personas con discapacidad desde una misma organización. En un apartado final, se analizan todas aquellas experiencias de coordinación que no se pueden clasificar en los apartados anteriores, mayoritariamente experiencias de atención intermedia llevadas a cabo en Inglaterra, que suponen la colaboración de los sistemas de sanidad y servicios sociales en un ámbito concreto como es el de las altas hospitalarias o el de la prevención de ingresos hospitalarios innecesarios, con el objetivo principal de reducir el coste para el sistema sanitario y liberar camas en los hospitales.

4.2.1. Programas de gestión de casos

a) Resultados generales

Se han encontrado en la revisión realizada ocho trabajos de investigación que han evaluado la coste-efectividad de la gestión de casos como fórmula de coordinación de la atención prestada a las personas mayores, con dependencia y/o con discapacidad. Siete de ellas, el 87,5%, concluyen que este tipo de intervención es coste-efectiva, lo que supone un elevado porcen-

taje en comparación con el conjunto de las intervenciones analizadas. Por su parte, una revisión de la literatura realizada en 2010, encuentra estudios que se inclinan en ambos sentidos y concluye que no hay evidencia suficiente para afirmar si este tipo de intervenciones son o no coste-efectivas.

b) Descripción de las intervenciones

La gestión de casos es una fórmula de coordinación socio-sanitaria que se articula a nivel de la organización de servicios (nivel *meso*) para ofrecer una mayor continuidad en la atención a personas con necesidades sociales o sanitarias. La persona que ejerce como gestor de casos (generalmente un/a enfermero/a o un/a trabajador/a social, dependiendo del perfil de la persona atendida y del entorno institucional en el que se realiza la intervención) se ocupa de coordinar la atención de las personas que dependen de ella, eliminando ineficiencias en el sistema y haciendo de puente entre los sistemas sanitario y de servicios sociales. En la medida en que se evitan duplicidades, se previenen desatenciones y se hace una utilización más eficiente de los recursos de la red, se espera que la gestión de casos genere una mayor satisfacción en las personas usuarias y, al mismo tiempo, reduzca el coste de la atención de personas con necesidades complejas.

Las intervenciones analizadas en los estudios incluidos en este trabajo están dirigidas a personas mayores dependientes o en riesgo de dependencia, aunque una de ellas analiza los resultados de la intervención desde el punto de vista del beneficio que pueden suponer para las personas cuidadoras informales. La intervención normalmente consiste en realizar una evaluación en profundidad de las necesidades de la persona usuaria, generalmente con la participación de un médico geriatra, elaborar un plan detallado de atención articulando todos los recursos (sociales y sanitarios) que precisa la persona, y realizar un seguimiento de ese plan de atención para adaptarlo a las necesidades en todo momento. El cometido del gestor de casos es coordinar la realización de del plan y asegurarse de que se ponen en marcha todos los recursos previstos en el mismo, así como cumplir el rol de trabajador/a referente para la persona y realizar el seguimiento de su situación.

Una de las intervenciones incluidas (Clarkson, et al., 2010) es un tanto especial y no se ajusta totalmente a la descripción que se acaba de realizar, ya que se dirige a una población con necesidades especialmente leves, que normalmente no tendría acceso a los servicios sociales, ni a la gestión de casos en Inglaterra¹⁰. A estas personas se les ofrece una alternativa a la gestión de casos habitual, en la que ellos mismos evalúan sus necesidades con ayuda de un facilitador (con una cualificación profesional inferior a la de trabajador/a social) y se les asesora sobre los servicios comunitarios (no públicos) disponibles para ellos.

Por lo que respecta a los objetivos que se pretenden conseguir con la aplicación del proceso de gestión de casos, los que más frecuentemente se mencionan en los trabajos evaluados son retrasar o evitar la institucionalización de la persona mayor, reducir la carga de trabajo de las personas cuidadoras y reducir el coste de la atención prestada, mediante una reducción de uso de servicios sanitarios y sociales. Este orden de prioridades, sobre todo la relevancia de los objetivos relacionados con la permanencia en el domicilio y la reducción de la carga de los cuidadores informales, quizá refleja el hecho de que tres de los ocho documentos revisados analizan servicios para personas mayores en situación de riesgo, es decir, servicios con carácter preventivo, algo no demasiado habitual en las experiencias de coordinación socio-sanitaria, que normalmente se dirigen a personas con elevados niveles de dependencia y necesidad de cuidados complejos.

Además de los mencionados anteriormente, mejorar del estado de salud, la calidad de vida y la capacidad funcional de las personas usuarias e incrementar su grado de satisfacción con la atención recibida son también objetivos que se mencionan en los trabajos revisados, aunque en menor medida.

¹⁰ Se trata de personas mayores que no cumplirían los criterios mínimos establecidos en el *Fair Access to Care*, instrumento de valoración que se utiliza en Inglaterra para descartar a las personas con necesidades de atención muy leves, para quienes no se considera necesaria una valoración en profundidad de sus necesidades. Las personas que no pasan este filtro no son atendidas por los trabajadores sociales municipales, ni reciben gestión de casos.

Tabla 43. Descripción de las intervenciones analizadas en el ámbito de la gestión de casos

| Id Documento | Referencia | Tipo de estudio | Población destinataria | Descripción de la intervención | Objetivos evaluados |
|--------------|---|------------------------------|--|---|--|
| 70 | Schwab, T.C. Et Al. "Home- and Community-Based Alternatives To Nursing Homes: Services and Costs To Maintain Nursing Home Eligible Individuals at Home". <i>Journal of Aging and Health</i> , 15, 2, 2003, pp. 353-370. | Estudio exploratorio | Personas mayores dependientes o en riesgo de dependencia | Se coordinan los servicios que necesita una persona a domicilio, entre ellos: atención personal, atención doméstica, comidas a domicilio, centros de día, respiro para cuidadores, sistema de respuesta a emergencias telefónicas y transporte. | Reducir el coste |
| 194 | Bernabei, R. Et Al. "Randomised Trial of Impact of Model of Integrated Care and Case Management for Older People Living in Community". <i>British Medical Journal</i> , 316, 1998, pp. 1348-1351. | Estudio controlado aleatorio | Personas mayores dependientes o en riesgo de dependencia | <p>La intervención consiste en que una unidad de evaluación geriátrica comunitaria y los médicos de atención básica realizan la gestión de casos y elaboran planes de caso. La unidad de evaluación está compuesta por un geriatra, un trabajador social y varias enfermeras.</p> <p>Los gestores de caso realizaron la evaluación inicial y el seguimiento bimensual y estuvieron pendientes de controlar la provisión de servicios y de garantizar la ayuda extraordinaria a demanda de los usuarios o de los médicos implicados.</p> | <ul style="list-style-type: none"> ● Retrasar o evitar la institucionalización ● Mejorar o mantener la capacidad funcional ● Reducir el coste |
| 236 | Turning Point. <i>Benefits Realisation: Assessing the Evidence for the Cost Benefit and Cost Effectiveness of Integrated Health and Social Care</i> . Londres, Turning Point, 2010, pp. 54. | Revisión de la literatura | Personas mayores dependientes o en riesgo de dependencia | La gestión de casos tiene por objetivo mejorar la atención a personas usuarias con enfermedades crónicas o que precisan atención social y sanitaria. La característica distintiva de estos modelos es que existe la figura de un gestor de caso que se ocupa de facilitar el itinerario de la persona usuaria dentro de los sistemas de atención social y sanitaria, funcionando como puente entre ambos sistemas. | <ul style="list-style-type: none"> ● Reducir el coste ● Reducir el uso de servicios hospitalarios |
| 177 | Leung, A.C. Et Al. "Cost-Benefit Analysis of a Case Management Project for the Community-Dwelling Frail Elderly in Hong Kong". <i>Journal of Applied Gerontology</i> , 23, 1, 2004, pp. 170- | Estudio controlado aleatorio | Personas mayores dependientes | <p>Los usuarios reciben los siguientes servicios por parte de un gestor de casos (trabajador social y/o enfermera):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Visitas frecuentes (generalmente 2 veces por semana) y consultas telefónicas - Evaluaciones geriátricas exhaustivas | <ul style="list-style-type: none"> ● Reducir el uso de servicios hospitalarios ● Mejorar el estado de salud de las per- |

| Id Documento | Referencia | Tipo de estudio | Población destinataria | Descripción de la intervención | Objetivos evaluados |
|--------------|--|------------------------------|---|--|---|
| | 185. | | | <ul style="list-style-type: none"> - Plan de actuación (diseño, puesta en marcha y evaluación) - Derivación a servicios sociales y de salud - Supervisión mensual del estado de salud y protocolo electrónico de hospitalización - Asesoramiento sanitario y psicológico in situ y vía telefónica - Programas de educación para la salud - Grupos de apoyo y clases educativas para personas mayores y para cuidadores. | <p>sonas usuarias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reducir la carga de trabajo de las personas cuidadoras |
| 72 | Challis, D. Et Al. "The Value of Specialist Clinical Assessment of Older People Prior To Entry to Care Homes". <i>Age and Ageing</i> , 33, 1, 2004, pp. 25-34. | Estudio controlado aleatorio | Personas mayores en riesgo de dependencia | <p>Evaluación clínica por parte de un geriatra o psiquiatra que se incorpora dentro del proceso de gestión de casos. El objeto de esta evaluación es ayudar a la hora de tomar la decisión sobre los recursos más adecuados para cubrir las necesidades de las personas.</p> <p>Las evaluaciones que se realizan en el domicilio tienen una duración aproximada de una hora e incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluación de la función cognitiva, estado de ánimo y actividades de la vida cotidiana - Examen físico <p>Como resultado de esta evaluación los especialistas envían un informe a la persona responsable del caso en los servicios sociales en el que se detalla: el diagnóstico, el pronóstico a corto plazo (3 meses), el pronóstico a largo plazo (1 año), una descripción de las necesidades de atención y las recomendaciones en cuanto a las opciones de tratamiento.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar o mantener la capacidad funcional • Reducir la carga de trabajo de las personas cuidadoras • Retrasar o evitar la institucionalización • Reducir el uso de servicios hospitalarios |
| 124 | Counsell, S.R. Et Al. "Cost Analysis of the Geriatric Resources for Assessment and Care of | Estudio controlado aleatorio | Personas mayores en riesgo de dependencia | La intervención evaluada (geriatric resources for assessment and care of elders, GRACE) la lleva a cabo una enfermera experimentada (advanced practice nurse) y un trabajador social en colaboración con el médico de atención primaria y | <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la calidad de vida • Reducir el uso de |

| Id Documento | Referencia | Tipo de estudio | Población destinataria | Descripción de la intervención | Objetivos evaluados |
|--------------|---|------------------------------|---|---|---|
| | Elders Care Management Intervention". <i>Journal of the American Geriatrics Society</i> , 57, 8, 2009, pp. 1420-1426. | | | <p>un equipo geriátrico interdisciplinar. Esta intervención comprende:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluación geriátrica exhaustiva en el domicilio - Elaboración de un plan de atención individualizado por un equipo multidisciplinar: geriatra, farmacéutico, terapeuta física, trabajador social de salud mental, y otros profesionales de la red. - Activación de protocolos y recomendaciones, - Revisión del plan de atención con servicios en red - Reuniones de supervisión semanales del plan - Coordinación y control de la atención proporcionada a través de un registro médico electrónico y un sistema de seguimiento online. | servicios formales |
| 153 | Clarkson, P. Et Al. "Targeting, Care Management and Preventative Services for Older People: the Cost Effectiveness of a Pilot Self-Assessment Approach in One Local Authority". <i>British Journal of Social Work</i> , 40, 7, 2010, pp. 2255-2273. | Estudio controlado aleatorio | Personas mayores en riesgo de dependencia | Se trata de un proceso en el que las personas mayores autoevalúan sus necesidades con ayuda de un facilitador (que tiene una formación inferior a la del trabajador social). Estos facilitadores, además de apoyar a la persona mayor en la valoración de sus necesidades, les ofrecen asesoramiento sobre distintos servicios preventivos (no ofrecidos por los servicios sociales municipales) y, en caso de necesitarlos, también les dan acceso a los servicios sociales municipales habituales. Los facilitadores (2 personas) fueron contratados específicamente para este piloto. | <ul style="list-style-type: none"> • Incrementar el acceso a servicios comunitarios preventivos • Reducir el uso de servicios formales • Incrementar el grado de satisfacción de las personas usuarias |
| 230 | Pickard, L. <i>The Effectiveness and Cost-Effectiveness of Support and Services to Informal Carers of Older</i> | Revisión de la literatura | Personas cuidadoras informales | La revisión se centra en el rol de asesoramiento de los/las trabajadores/as sociales, dentro del proceso de gestión de casos. | <ul style="list-style-type: none"> • Reducir la carga de trabajo de las personas cuidadoras |

| Id Documento | Referencia | Tipo de estudio | Población destinataria | Descripción de la intervención | Objetivos evaluados |
|--------------|--|-----------------|------------------------|--------------------------------|---|
| | <i>People. A Review of the Literature Prepared for the Audit Commission.</i> Londres, Audit Commission, 2003, pp. 90. | | | | <ul style="list-style-type: none">• Retrasar o evitar la institucionalización |

c) Aspectos metodológicos

De los ocho estudios sobre gestión de casos revisados son revisiones de la literatura científica relativamente recientes (2003 y 2010). Cinco son ensayos aleatorios y uno es un estudio exploratorio. Por lo que a la calidad de estudios individuales se refiere, dos de los ensayos aleatorios tienen una buena validez interna y una buena validez externa, dos tienen una validez interna satisfactoria y una buena validez externa y uno tiene una validez interna pobre pero una buena validez externa. En el caso del estudio exploratorio no se ha podido valorar la calidad de la metodología empleada por falta de información al respecto.

Tabla 44. Características metodológicas de los estudios sobre gestión de casos revisados

| Tipo de estudio | Validez interna del estudio | Validez externa del estudio | Conclusiones en cuanto a coste-efectividad | Id Documento |
|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--|--------------|
| Revisión de la literatura | No aplicable | No aplicable | Coste efectivo | 230 |
| | | | No concluyente | 236 |
| Estudio controlado aleatorio | Buena | Buena | Coste efectivo | 72 |
| | | | | 177 |
| | Satisfactoria | Buena | Coste efectivo | 124 |
| | | | | 194 |
| Pobre | Buena | Coste efectivo | 153 | |
| Estudio exploratorio | No aplicable | No aplicable | Coste efectivo | 70 |

d) Resultados de las intervenciones

Como se ha mencionado al describir las intervenciones evaluadas, retrasar la institucionalización de las personas mayores es uno de los objetivos que más se repiten en los trabajos analizados (cuatro de los ocho revisados). No obstante, no parece que el impacto de la gestión de casos en la permanencia de las personas mayores en sus domicilios sea muy significativo. Ninguno de los cuatro estudios que ha analizado este aspecto detecta diferencias significativas en la tasa de institucionalización entre quienes recibieron gestión de casos y quienes no la recibieron, aunque dos estudios sí detectaron una disminución significativa en la duración de las estancias. Esto significaría que si bien la gestión de casos no consigue evitar la institucio-

nalización, sí parece retrasar en alguna medida el ingreso de personas mayores que viven en la comunidad.

Reducir la carga de trabajo de las personas cuidadoras informales es otro de los objetivos declarados de la gestión de casos. Dos de los tres trabajos que analizaron este aspecto obtuvieron resultados positivos. Así, la revisión llevada a cabo por Pickard, L. para la *Audit Commission* pone de manifiesto que la gestión de casos es eficaz a la hora de aliviar el estrés del cuidador y reducir la percepción subjetiva de la carga por el cuidado de la persona dependiente. Los autores de la revisión concluyen que la gestión de casos es eficaz a la hora de reducir los efectos psicológicos negativos que la atención a personas mayores provoca en sus cuidadores. El ensayo aleatorio llevado a cabo por Challis, D. et al (2004) también detecta efectos positivos de la gestión de casos. En este estudio, las personas cuidadoras que reciben el apoyo de un gestor de casos experimentan menos malestar asociado a la supervisión de las necesidades de las personas mayores y, si bien la carga de trabajo de los cuidadores aumentó tanto entre quienes recibieron gestión de casos como entre quienes no la recibieron, el grupo que recibió la gestión de casos manifestó recibir más alivio por parte de los servicios sociales.

Al contrario de lo expuesto por estos dos trabajos, el trabajo realizado por Leung, A.C. et al. (2004) en Hong Kong no detectó diferencias significativas en la carga de trabajo de las personas cuidadoras entre el grupo que recibió gestión de casos y el que recibió la atención habitual. Al contrario, se produjo un incremento de las horas de atención informal en el grupo que recibió gestión de casos, aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas.

Por lo que a la reducción de la utilización de servicios sanitarios se refiere, tres de los estudios analizados (Bernabei, et al., 1998, Leunt, et al., 2004 y Counsell, et al., 2009) detectan un impacto significativo de la gestión de casos en esta variable. Leung et al. (2004) por ejemplo, muestran que el número de ingresos no planificados (los que se producen por una urgencia) se redujeron en un 36,8% en el grupo de personas que recibieron gestión de casos, frente a una disminución del 20,4% entre quienes recibieron la atención habitual. De la misma manera, el número de días de ingreso se redujo en un 53,1% para el grupo que recibió servicios coordinados, frente a un 4,4% entre quienes recibieron los servicios habituales. El estudio muestra, por otra parte, que, al contrario de lo sucedido con los ingresos hospitalarios de

urgencia, el uso de servicios sanitarios de atención primaria y del hospital de día geriátrico se incrementó entre las personas que recibieron gestión de casos.

El estudio llevado a cabo por Bernabei (1998), por su parte, refiere una reducción del coste sanitario total del 23% como consecuencia de la gestión de casos. Este ahorro se produce fundamentalmente en la enfermería a domicilio (reducción del 50%) y en gastos hospitalarios (reducción del 34%).

El estudio de Counsell, S.R. et al (2009) confirma la efectividad del programa de gestión de casos a la hora de reducir el uso de servicios sanitarios. En concreto, se redujo el número de visitas a los servicios de urgencias que entre las personas que recibían la atención habitual en un periodo de dos años de seguimiento y las admisiones en hospitales también se redujeron entre el grupo de personas identificadas como de alto riesgo de repetir una hospitalización.

Frente a estos resultados positivos, una de las revisiones de la literatura incluidas (Turning Point, 2010)) apunta a que existen otros estudios cuyos resultados indican que la gestión de casos no tiene un coste menor y no resulta coste-efectiva. No obstante, dos de las tres referencias citadas se refieren específicamente a intervenciones dirigidas a pacientes con Parkinson, y todas ellas se inscriben en el ámbito sanitario, por lo que quizá no resultan excesivamente informativas acerca de la relación coste-efectividad de las intervenciones de gestión de casos dirigidas a coordinar la atención sanitaria y social.

Por lo que se refiere al impacto de la intervención en la salud, la calidad de vida y la capacidad funcional de las personas usuarias, cuatro de los ocho estudios analizados detectan efectos positivos de algún tipo. El estudio llevado a cabo por Challis, D. et al. (2004) mostró que la gestión de casos podía frenar el deterioro de la capacidad funcional medido con el índice de Barthel. Asimismo, el estudio de Bernabei (1998) afirma que el deterioro físico y cognitivo fue menor entre las personas que recibieron la gestión de casos en comparación con las que recibieron la atención habitual. El estudio de Counsell, S.R. et al (2009) también refiere resultados positivos en cuanto a la calidad de vida asociada a la salud de las personas que recibieron la atención coordinada por un gestor/a de casos.

e) *La relación coste efectividad de la gestión de casos*

Los estudios revisados permiten afirmar, con cierto grado de confianza, que la gestión de casos tiene un efecto positivo en la utilización de servicios sanitarios, reduciendo en mayor medida que la atención habitual la utilización de servicios hospitalarios (frente a la atención ambulatoria). También se detecta un impacto positivo, en este caso confirmado por un número menor de estudios, sobre la capacidad funcional y la salud de las personas usuarias. En tercer lugar, se detecta un efecto modesto sobre la permanencia en el domicilio de las personas mayores, retrasando en alguna medida el ingreso en centros residenciales.

Estos beneficios de la gestión de casos se traducen en un ahorro de recursos y una reducción del gasto, lo que convierte a la gestión de casos en una alternativa coste-efectiva frente a la atención habitual. El estudio llevado a cabo por Leung, A.C. et al. (2004) en Hong Kong, estima el ahorro producido gracias a la intervención en unos 1.200 dólares por persona usuaria, cifra muy similar a la que obtienen Bernabei, R. et al (1998): 1.125 libras esterlinas por persona usuaria y año. El estudio llevado a cabo por Counsell, S.R. et al (2009) menciona una mayor calidad de vida entre quienes recibieron la gestión de casos, a un coste igual al de la atención habitual. Finalmente, el estudio de Clarkson, P. et al. (2009) muestra que existe una alternativa coste-efectiva a la gestión de casos para personas mayores en riesgo de dependencia, con necesidades muy ligeras. Una intervención que aúna la autoevaluación de necesidades y el asesoramiento por parte de personal menos cualificado que el de trabajo social, mejora el acceso de estas personas a servicios comunitarios preventivos e incrementa su grado de satisfacción con la atención recibida a un coste menor que el de la gestión de casos habitual.

Tabla 45. Conclusiones básicas de los estudios analizados en el ámbito de la gestión de casos

| Población destinataria | Id Documento | Conclusiones sobre coste-efectividad | Conclusiones |
|--|--------------|--------------------------------------|---|
| Personas mayores dependientes o en riesgo de dependencia | 70 | Coste efectivo | Se aprecia una ligera reducción en el coste entre quienes utilizaron servicios gestionados por un gestor de casos. |
| | 194 | Coste efectivo | Los autores concluyen que la intervención de gestión de casos evaluada en este trabajo es coste efectiva ya que reduce la admisión en instituciones y el deterioro funcional de las personas mayores frágiles que viven en comunidad a un menor coste que la atención habitual. Los datos muestran que, una vez calculado el sueldo de los gestores de casos, el ahorro total que supone la intervención es de aproximadamente 1.125 libras esterlinas por persona y año. A la luz de los datos, se concluye que además de observarse una reducción clara en los costes de servicios de salud comunitarios el ahorro también fue sustancial en las residencias y en los gastos hospitalarios. |
| | 236 | No concluyente | Los resultados de la revisión de diferentes programas de gestión de casos ponen de manifiesto que son servicios eficaces que permiten reducir el uso de servicios hospitalarios. Sin embargo, los resultados sobre el coste-eficacia son contradictorios y no concluyentes. |
| Personas mayores dependientes | 177 | Coste efectivo | Los autores concluyen que la gestión de casos evaluada es coste- efectiva ya que se consigue reducir el uso de recursos hospitalarios y se obtiene un ahorro medio de 166.564 dólares (1.281 dólares por persona) en recursos sanitarios en el grupo de intervención en comparación con el grupo control. |
| Personas mayores en riesgo de dependencia | 72 | Coste efectivo | La intervención resultó coste efectiva. Consiguió frenar el deterioro funcional de las personas mayores, mejorar la calidad de vida de sus cuidadores informales, así como el apoyo que se les presta desde los servicios sociales y disminuir el número de días de residencialización y las visitas a servicios de emergencia. Todo ello, se tradujo en un menor coste para el sistema nacional de salud y para los servicios sociales. |
| | 124 | Coste efectivo | La intervención resultó coste efectiva para las personas mayores con un elevado riesgo de hospitalización. A estas personas se les pudo proporcionar una mayor calidad de vida a un coste igual que el de la atención habitual. Parte de esta mejora de la calidad de vida implica gastar menos recursos en servicios de urgencia y pasarlos a servicios de carácter más preventivo o a servicios para enfermos crónicos. No obstante, hay que tener en cuenta que el estudio solo adopta la perspectiva del sistema de salud, por lo que no se conoce si hay transferencia de costes a otros servicios, como los servicios sociales, que prestan cuidados de larga duración. |
| | 153 | Coste efectivo | Con un coste menor, la intervención consiguió una igual satisfacción de las personas usuarias y se ofreció un mejor asesoramiento sobre los servicios preventivos disponibles para la población mayor en riesgo de dependencia. |
| Personas cuidadoras informales | 230 | Coste efectivo | La revisión permite afirmar que el asesoramiento o <i>counselling</i> es coste-efectivo a la hora de reducir los efectos psicológicos negativos que la atención a personas mayores provoca en los cuidadores. No hay evidencias suficientes respecto a su coste-efectividad a la hora de prolongar el mantenimiento de las personas mayores en su entorno habitual. |

4.2.2. *Servicios sociosanitarios integrados*

a) Resultados generales

Se han identificado cuatro trabajos de investigación que evalúan la relación coste-efectividad de distintas experiencias de servicios socio-sanitarios plenamente integrados. Todos ellos obtienen resultados positivos con respecto a la atención habitual, no integrada, lo que hace pensar que su escasa difusión se debe, más que a la falta de resultados positivos, a la dificultad de poner en marcha experiencias de la envergadura de los que se evalúan en los trabajos incluidos en esta revisión.

b) Descripción de las intervenciones

Los servicios o sistemas de servicios analizados se dirigen a personas mayores o con enfermedades crónicas que presentan necesidades complejas y que precisan atención social y sanitaria simultánea. Se analizan los programas SIPA (*Système de Services Intégrés pour Personnes Âgées en perte d'Autonomie*), PRISMA, PACE (*Program of All-Inclusive Care for the Elderly*), On-Lok y el sistema de servicios comunitarios de la región canadiense de Ontario.

Las características fundamentales de este tipo de servicios integrados son:

- Fomentan el uso de servicios de proximidad, de base comunitaria, frente a los servicios hospitalarios y residenciales.
- Ofrecen una gama completa de servicios sociales y sanitarios, comunitarios y residenciales. Estos servicios no son necesariamente ofertados desde el propio programa, sino que se conciertan o contratan con centros externos.
- Se basan en un modelo de ventanilla única. Centralizan la atención de forma que la responsabilidad clínica de todos los servicios recaiga en el programa, independientemente de que estos se presten desde centros integrados en el programa o desde centros externos concertados.

- Aplican la técnica de gestión de caso para asegurar la continuidad de la atención y su adecuación a las necesidades individuales de la persona usuaria.
- Incluyen un sistema de seguimiento continuo de la calidad de la atención y de la gestión de los servicios, que permita su mejor adecuación a las necesidades de las personas usuarias y sus familias.

Por lo que se refiere a los objetivos de las intervenciones evaluadas, los estudios revisados analizan si dentro de un sistema integrado de servicios socio-sanitarios se hace un uso más eficiente de los recursos, si se consigue prolongar la permanencia de las personas mayores en el domicilio, si mejora el estado de salud y de vida de las personas usuarias, y si se incrementa su grado de satisfacción con los servicios recibidos.

Tabla 46. Descripción de las intervenciones analizadas en el ámbito de los servicios socio-sanitarios integrados

| Id Documento | Referencia | Tipo de estudio | Población destinataria | Descripción de la intervención | Objetivos evaluados |
|--------------|--|------------------------------|--|---|---|
| 105 | Beland, F. Et Al. "A System of Integrated Care for Older Persons with Disabilities in Canada: Results From a Randomized Controlled Trial". <i>The Journals of Gerontology</i> , 61a, 4, 2006, pp. 367-373. | Estudio controlado aleatorio | Personas mayores dependientes | La intervención analizada es la SIPA (system of integrated care for older persons) que consiste en equipos multidisciplinares con responsabilidad clínica completa para proporcionar servicios sanitarios y sociales a las personas con necesidades complejas y realizar la coordinación entre el hospital, las residencias y la comunidad. | <ul style="list-style-type: none"> ● Reducir el uso de servicios sanitarios ● Retrasar o evitar la institucionalización ● Mejorar el estado de salud de las personas usuarias ● Incrementar el grado de satisfacción de las personas usuarias |
| 87 | Johri, M. Et Al. "International Experiments in Integrated Care for the Elderly: a Synthesis of the Evidence". <i>International Journal of Geriatric Psychiatry</i> , 18, 3, 2003, pp. 222-235. | Revisión de la literatura | Personas mayores en riesgo de dependencia | La revisión de la literatura evalúa diferentes servicios sociosanitarios integrados: un servicio de alta hospitalaria (Darlington), servicios para mantener a las personas mayores en la comunidad el mayor tiempo posible y evitar una institucionalización prematura (On Lok, PACE, SIPA), un servicio que combina atención médica, hospitalaria y fisioterapia (S/HMO), un servicio que combina gestión de casos, evaluación geriátrica y un equipo interdisciplinar para integrar y coordinar la atención de personas mayores en la comunidad (Rovereto y Vittorio Veneto). | <ul style="list-style-type: none"> ● Retrasar o evitar la institucionalización ● Reducir el coste ● Mejorar la calidad de vida |
| 209 | Hebert, R. Et Al. "Les Impacts du Réseau Intégré de Services Prisma". <i>Gérontologie et Société</i> , 124, 2008, pp. 15-47. | Estudio controlado aleatorio | Personas mayores dependientes o en riesgo de dependencia | Se trata de una red integrada de servicios socio-sanitarios. Las personas que requieren cuidados sanitarios y sociales (de acuerdo con una primera evaluación superficial) son derivadas a un centro que funciona como ventanilla única a todos los servicios sanitarios y sociales de la región. La red pone a disposición de la persona un gestor de casos que se ocupa de coordinar todos los servicios y un equipo multidisciplinar que evalúa sus necesidades y proporciona la atención necesaria. La valoración de necesidades se realiza mediante un único instrumento y se elabora un plan individualizado de atención. Toda la información relativa al caso se gestiona desde un mismo sistema de información al que tienen acceso todas las personas y entidades o instituciones implicadas en su atención (ya sean del ámbito social o sanitario). El gestor de casos tiene la capacidad y la posibilidad de ofrecer toda la gama de | <ul style="list-style-type: none"> ● Retrasar o evitar la institucionalización ● Mejorar o mantener la capacidad funcional ● Reducir el uso de servicios hospitalarios ● Incrementar la autodeterminación / autocontrol de las personas usuarias ● Incrementar el grado de satisfac- |

| Id Documento | Referencia | Tipo de estudio | Población destinataria | Descripción de la intervención | Objetivos evaluados |
|--------------|--|---------------------------|------------------------------------|--|--|
| | | | | servicios disponibles en la región y debe trabajar en estrecha colaboración con el médico de familia, quien se ocupa de dar acceso a los servicios sanitarios especializados. | ción de las personas usuarias <ul style="list-style-type: none"> • Reducir la carga de trabajo de las personas cuidadoras |
| 43 | Watt, S. Et Al. "Community Care for People with Chronic Conditions: An Analysis of Nine Studies of Health and Social Service Utilization in Ontario". The Milbank Quarterly, 77, 3, 1999, pp.363-392 | Revisión de la literatura | Personas con enfermedades crónicas | Se evalúan los programas de atención comunitaria del sur de Ontario para personas con enfermedades crónicas. Estos programas son paquetes integrales de servicios basados en una evaluación integral de las necesidades de la persona usuaria y no en función del diagnóstico de la enfermedad. Estos paquetes tienen por objetivo cubrir la totalidad de las necesidades de las personas usuarias e incluyen servicios médicos, enfermería, terapia ocupacional, apoyo social, atención doméstica, transporte, etc. Los servicios tienen un enfoque proactivo. | <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la calidad de vida • Reducir el uso de servicios sanitarios |

c) Aspectos metodológicos

Desde el punto de vista metodológico, dos de los trabajos de investigación incluidos son revisiones sistemáticas de la literatura científica y dos son ensayos aleatorios controlados con una calidad satisfactoria en cuanto a su validez interna y una validez externa buena en cuanto a su representatividad. Se puede decir, por lo tanto, que si bien la información disponible no es muy abundante desde el punto de vista de la cantidad, al menos se trata de información de calidad.

Tabla 47. Características metodológicas de las intervenciones orientadas al alojamiento en la comunidad

| Tipo de estudio | Validez interna del estudio | Validez externa del estudio | Conclusiones en cuanto a coste-efectividad | Id Documento |
|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--|--------------|
| Revisión de la literatura | No aplicable | No aplicable | Coste efectivo | 43 |
| | | | | 87 |
| Estudio controlado aleatorio | Satisfactoria | Buena | Coste efectivo | 105 |
| | | | | 209 |

d) Resultados de las intervenciones

En cuanto a los resultados de la intervención, en la mayoría de los casos puede hablarse de la consecución de los objetivos planteados, ya sea en términos de salud y de calidad de vida como de reducción del coste. Hacer un uso más eficiente de los recursos, evitando duplicidades y deficiencias, es uno de los objetivos de la atención integrada. En este sentido, tres de los trabajos realizados han analizado el impacto de la integración en el uso de servicios, y los resultados indican que producen resultados positivos en cuanto a una mayor utilización de servicios de atención primaria y un menor recurso a servicios hospitalarios y de urgencia. El estudio de Hebert, R. et al. (2008), por ejemplo, ha demostrado que se frenan las visitas a urgencias y los ingresos hospitalarios por parte de personas mayores muy dependientes de manera significativa. Mientras que las visitas a los servicios de urgencias del hospital aumentan un 15% en el periodo de estudio entre quienes reciben la atención habitual, entre las personas que reciben los servicios integrados el incremento es tan solo del 3%. De igual manera, mientras que la proporción de personas con al menos un ingreso hospitalario aumenta

un 8% en el grupo de quienes reciben la atención habitual, dicho incremento es del 2% entre las personas que reciben atención socio-sanitaria integrada.

El ensayo controlado llevado a cabo por Béland, F. et al. (2006) también encuentra una reducción del 10% en la utilización de servicios de urgencia por parte de personas atendidas en la red de atención integrada, aunque la diferencia no resulta estadísticamente significativa. Por otra parte, se aprecia una reducción muy significativa, del 50%, en el número de retrasos en el alta hospitalaria (personas que ocupan camas de hospitales durante más tiempo del necesario por no disponer de un alojamiento alternativo) lo que constituye un buen indicador de una atención socio-sanitaria adecuadamente coordinada. La revisión llevada a cabo por Watt, S. et al., (1999) por su parte, también concluye que los servicios integrados ofrecen una mayor calidad de la atención sanitaria, sin incrementar la frecuencia de las visitas.

Junto con la racionalización del uso de los servicios sanitarios, la capacidad de la red integrada de atención de prolongar la permanencia de las personas mayores en el domicilio es otro de los objetivos evaluados por los estudios revisados. En este sentido, en el ensayo llevado a cabo por Hébert, R. et al. (2008), si bien no se aprecia un efecto significativo sobre la tasa de institucionalización, sí observa un ligero retraso de la misma entre las personas con un nivel de dependencia más severo. Béland, F. et al (2008) también refieren que la integración de la atención no tiene efectos significativos en la utilización de servicios si se tiene en cuenta al conjunto de las personas mayores, pero sí tiene un efecto positivo entre las personas con un nivel de afectación más leve (tienen menos de 4 enfermedades crónicas) y entre las personas que viven solas.

Por lo que se refiere al estado de salud y la calidad de vida de las personas usuarias, tres de los cuatro estudios analizados refieren resultados positivos: la revisión llevada a cabo por Watt, S. et al., (1999) indica que, en ocho de nueve estudios que revisaron en su trabajo, un enfoque integral en la atención se asocia con coste-efectividad en cuanto a calidad de vida, es decir, se logra mejorar la calidad de vida con un gasto igual o menor que cuando se ofrecen los servicios tradicionales no integrados. La revisión llevada a cabo por Johri, M. et al. (2003) por su parte, refiere que los programas estadounidenses On-Lok y Pace, obtienen diferencias

significativas en varios indicadores de autonomía y de capacidad de afrontamiento (*coping*) respecto a las personas que reciben la atención habitual.

En lo referente al estado de salud y a la capacidad funcional, finalmente, el estudio llevado a cabo Béliand, F. et al (2008) muestra una mejora significativa del 6,3% en la proporción de personas, en el grupo de quienes recibieron atención integrada, cuya capacidad funcional se ha mantenido. Tras cuatro años de intervención la proporción de personas cuya capacidad funcional ha empeorado es un 14% menor entre quienes reciben atención integrada que entre quienes reciben la atención habitual.

Por lo que se refiere a la satisfacción de las personas usuarias con la atención recibida, los dos estudios que han analizado este aspecto (Beland, et al., 2006 y Hebert, et al., 2008) muestran un impacto favorable de la integración de la atención. Béliand, F. et al (2008) especifica que las mayores diferencias en comparación con las personas que recibieron la atención habitual, se dieron en las subescalas de satisfacción relativas a la prestación y la organización de los servicios.

Para terminar, al contrario de lo que esperaban, Béliand, F. et al (2008) encuentran un efecto negativo de la atención integrada en la carga percibida por las personas cuidadoras.

e) La relación coste efectividad de los servicios socio-sanitarios integrados

Tal y como se ha indicado al inicio de este capítulo, todos los trabajos de investigación revisados coinciden en señalar que la integración de la atención socio-sanitaria es coste-efectiva frente a la provisión de servicios fragmentados.

El modelo SIPA, aunque en términos de costes resulta neutral, es más efectivo que la atención integrada, al promover la atención de proximidad en la comunidad, retrasar la residencialización de personas con dependencia severa y combatir la utilización inadecuada de las camas hospitalarias como sustituto para la atención residencial. Los modelos On-Lok y PA-CE se han mostrado eficaces a la hora de prolongar el mantenimiento de las personas mayo-

res en el domicilio y reducir el uso de servicios hospitalarios. Todo ello supone un ahorro económico que se ha estimado en un coste al menos un 15% inferior que la atención habitual a personas mayores en el marco del sistema Medicare.

La red integrada Prisma ha conseguido mejorar el estado de salud de las personas usuarias y su capacidad funcional y reducir, así, la utilización de los servicios de urgencias y los ingresos hospitalarios. El ahorro generado gracias a esta reducción en el uso de los servicios sanitarios más costosos ha compensado el coste de proveer una atención integrada, con lo que la intervención ha resultado neutral en términos económicos.

Finalmente, los servicios comunitarios integrados prestados en la provincia de Ontario para personas con enfermedades crónicas muestran que se puede ofrecer la misma calidad de atención a las personas usuarias con un coste menor. En este sentido, los autores señalan el ahorro que supone actuar de forma proactiva en la valoración de necesidades y la provisión de servicios, frente a la opción de ofrecer los servicios bajo demanda.

Cabe resaltar, para terminar que la mayoría de las experiencias de integración llevadas a cabo se han realizado en países como Canadá, donde los servicios habituales están más desarrollados y mejor coordinados que en nuestro entorno. Esto significa, que la puesta en marcha de este tipo de iniciativas podría tener un impacto mayor en nuestro entorno. Por otra parte, hay que tener en cuenta que algunos beneficios que puede producir la provisión de atención coordinada (mayor facilidad para la persona usuaria, menor frustración, etc.) son difíciles de evaluar con indicadores objetivos, lo que significa que podrían existir beneficios importantes de las intervenciones que todavía no se han podido medir.

Tabla 48. Conclusiones básicas de los estudios analizados en el ámbito de los servicios socio-sanitarios integrados

| Población destinataria | Id Documento | Conclusiones sobre coste-efectividad | Conclusiones |
|--|--------------|--------------------------------------|--|
| Personas mayores dependientes | 105 | Coste efectivo | <p>La intervención evaluada, SIPA, aunque en términos de costes sea neutral, muestra su eficacia en el cambio de configuración en la atención, ya que se reducen las estancias hospitalarias y, para algunos grupos, también los ingresos residenciales, y al mismo tiempo se incrementa la atención comunitaria, sanitaria y social. La intervención parece especialmente exitosa a la hora de reducir el uso de camas hospitalarias como sustituto para la atención residencial (altas retrasadas), y a la hora de retrasar la institucionalización de personas con menos enfermedades crónicas y las que viven solas.</p> <p>La intervención también consigue mayores niveles de satisfacción entre las personas cuidadoras.</p> <p>Los resultados son más significativos para aquellas personas que tienen una discapacidad importante.</p> |
| Personas mayores en riesgo de dependencia | 87 | Coste efectivo | <p>Los servicios socio-sanitarios integrados pueden tener un impacto favorable en las tasas de institucionalización y en los costes.</p> |
| Personas mayores dependientes o en riesgo de dependencia | 209 | Coste efectivo | <p>La red integrada de servicios sociosanitarios ha demostrado tener la capacidad de reducir la prevalencia de la pérdida de autonomía en un 6,2% y su incidencia en un 13,7%. La proporción de sujetos con hándicaps se ha reducido un 31%. Se han reducido las visitas a urgencias y los ingresos hospitalarios por parte de las personas mayores, y se ha incrementado su grado de satisfacción con los servicios y su grado de autocontrol sobre la atención recibida. No ha tenido efectos o ha tenido efectos ligeramente negativos en la carga percibida por los cuidadores/as familiares.</p> <p>Los beneficios producidos por la intervención se han dado sin un mayor coste que la atención habitual, siendo los costes generados por la coordinación de los servicios compensados gracias a la mejora del estado de salud de las personas y una menor utilización de los servicios sanitarios más costosos (urgencias y hospitalizaciones).</p> |
| Personas con enfermedades crónicas | 43 | Coste efectivo | <p>La revisión de literatura sugiere que la atención integral de las necesidades sociales y sanitarias de las personas con enfermedades crónicas –frente a los servicios fragmentados, basados en el diagnóstico de la enfermedad– obtienen los mismos resultados a un menor coste.</p> <p>La revisión sugiere que resulta más coste-efectivo ofrecer a las personas con enfermedades crónicas servicios comunitarios proactivos y coordinados, mediante una evaluación integral de necesidades sociales y sanitarias que ofrecer acceso a los servicios bajo demanda.</p> |

4.2.3. *Otras fórmulas de coordinación sociosanitaria*

a) Resultados generales

Once trabajos de investigación han analizado fórmulas de coordinación de la atención socio-sanitaria que no pueden ser clasificadas en ninguno de los epígrafes anteriores; se trata, en la mayoría de los casos, de servicios de atención intermedia que se sitúan a caballo entre lo comunitario y lo residencial, y también, desde otro punto de vista, entre lo social y lo sanitario. De estos once trabajos, seis –o el 54,5%– concluyen que se trata de servicios coste-efectivos frente a la atención sanitaria y social habitual, lo que supone un porcentaje significativamente más reducido que el que se obtiene para las otras dos fórmulas de coordinación analizadas. Tres trabajos concluyen que no hay evidencia suficiente para afirmar si los servicios de atención intermedia analizados son coste-efectivos y dos estudios controlados concluyen que las intervenciones analizadas son neutras, es decir, son igual de efectivas y tienen un coste similar que la atención habitual.

b) Descripción de las intervenciones

Todas salvo una de las intervenciones analizadas se dirigen a personas mayores, ya sea a personas mayores dependientes (5 intervenciones), a personas mayores frágiles o en riesgo de dependencia (4 intervenciones) o a ambos colectivos de personas mayores (1 intervención), y consisten en servicios de naturaleza intermedia, cuyo objetivo consiste en hacer de puente entre el ámbito de la atención primaria y especializada, y desde otra perspectiva, también entre la atención sanitaria y social.

El objetivo primordial de estos servicios intermedios es el de hacer un uso lo más eficiente posible de las camas hospitalarias (un servicio altamente valorado por su escasez y su elevado coste), lo que significa evitar los ingresos innecesarios –que se podrían evitar prestando los apoyos necesarios en el domicilio– y procurar que las altas se den lo más rápidamente posible, evitando a toda costa el bloqueo de camas por parte de personas que se encuentran en condiciones médicas para salir del hospital. En este sentido, las intervenciones que se anali-

zan en este apartado pueden clasificarse en servicios intermedios para la prevención de ingresos hospitalarios (Kaambwa, et al., 2008, Meyer, 2011 y Turning Point, 2010), servicios de facilitación del alta hospitalaria (Ellis, et al., 2006, Curry, 2006, Miller, et al., 2004, Coleman, et al., 2006 y O'Reilly, et al., 2008) y servicios que cumplen ambas funciones (Windle, et al., 2009 y Sanderson, Wright, 1999).

Por otra parte, se evalúa también como experiencia de coordinación socio-sanitaria un servicio de intervención en crisis que se dirige a personas con discapacidad intelectual y cuyo objetivo consiste en prevenir ingresos residenciales debido a episodios de problemas de conducta, o cuando ello no es posible, proporcionar una alternativa comunitaria al ingreso en residencias o en instituciones psiquiátricas. Para conseguirlo, el servicio pone a disposición de las personas con discapacidad un servicio domiciliario que apoya a las personas en su hogar, en el trabajo o en el lugar de estudio y un servicio de cortas estancias para situaciones de crisis.

Tabla 49. Descripción de las intervenciones analizadas en el ámbito del alojamiento en la comunidad

| Población destinataria | Id Documento | Referencia | Tipo de estudio | Descripción de la intervención | Objetivos evaluados |
|--|--------------|---|------------------------------|---|---|
| Personas mayores dependientes o en riesgo de dependencia | 202 | Sanderson, D. Wright, D. <i>Final Evaluation of the Carats Initiatives in Rotherham. Report.</i> York, University of York, 1999, pp. 230. | Estudio exploratorio | Se trata de un servicio de atención intermedia que ofrece 4 tipos de servicio: (1) El servicio de respuesta rápida: es apoyo a corto plazo (hasta de 72 horas) en las viviendas de las personas con el objeto de prevenir la institucionalización o de cara a facilitar un alta más temprana del hospital. (2) Rehabilitación residencial, es una unidad residencial de 6 a 9 camas en la que en función de los recursos de los usuarios se ha de contribuir en la financiación (copago) (3) Rehabilitación diurna, es un servicio de día. (4) Unidad residencial de convalecencia, es una unidad residencial que recibe a personas que han sufrido un accidente o un problema de salud serio en su domicilio y son usuarios de este servicio durante unos 15 días y de aquí regresan a sus domicilios o ingresan en una residencia. | Reducir el uso de servicios hospitalarios |
| Personas mayores dependientes | 86 | Ellis, A. et al. "Buying Time II: An Economic Evaluation of a Joint NHS/Social Services Residential Rehabilitation Unit for Older People On Discharge From Hospital". <i>Health and Social Care in the Community</i> , 14, 2, 2006, pp. 95-106. | Estudio controlado aleatorio | Se trata de una experiencia de coordinación socio-sanitaria en rehabilitación. El servicio evaluado es una unidad residencial de rehabilitación a corto-plazo para personas mayores que van a abandonar el hospital que está co-financiado y prestado conjuntamente por el sistema nacional de salud y los servicios sociales. El objetivo de esta unidad es ayudar a los individuos a que recuperen la confianza en sí mismos. En este servicio: - Se realiza una evaluación continua del participante (movilidad, transferencias, motivación, capacidad cognitiva y percepción, comunicación, continencia, habilidad física, salud psicológica y emocional, factores sociales, oído y vista y salud bucal) - Se elabora un diagnóstico de caso con puntos fuertes y áreas de necesidad - Se elabora y se pone en marcha un plan de intervención que puede incluir como áreas de | <ul style="list-style-type: none"> • Retrasar o evitar la institucionalización • Reducir el uso de servicios formales |

| Población destinataria | Id Documento | Referencia | Tipo de estudio | Descripción de la intervención | Objetivos evaluados |
|-------------------------------|--------------|---|------------------------------|--|---|
| | | | | <p>intervención: movilidad y escaleras, vestirse/lavarse, ir al baño, comer, tratamientos específicos...</p> <p>La unidad evaluada se compone de 19 camas ubicadas en una planta diferente del centro residencial y cuentan con personal propio. La estancia media es 6 semanas.</p> | |
| Personas mayores dependientes | 223 | Meyer, H. "A New Care Paradigm Slashes Hospital Use and Nursing Home Stays for the Elderly and the Physically and Mentally Disabled". <i>Health Affairs</i> , 30, 3, 2011, pp. 412-415. | Estudio controlado aleatorio | No se describe | Reducir el uso de servicios sanitarios |
| Personas mayores dependientes | 182 | Coleman, E.A. et al. "The Care Transitions Intervention. Results of a Randomized Controlled Trial". <i>Archives of Internal Medicine</i> , 166, 2006, pp. 1822-1828. | Estudio controlado aleatorio | <p>Es un servicio de atención intermedia que se proporciona a las personas mayores hospitalizadas a las que se les va a dar el alta y consiste en:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Proporcionarles herramientas para poder comunicarse - Animarles con el objetivo de que adopten un rol más activo y manifiesten sus preferencias - Proporcionarles apoyo y el asesoramiento por parte de un director técnico en transiciones <p>El técnico en transición se reúne con el usuario por primera vez en el hospital antes de recibir el alta médica y convoca una visita a domicilio a las 48 o 72 horas de su salida del hospital.</p> <p>Se realiza un seguimiento telefónico de la evolución del paciente en 3 ocasiones a lo largo de los 28 días siguientes a recibir el alta médica.</p> | Reducir el uso de servicios hospitalarios |
| Personas mayores dependientes | 158 | O'Reilly, J. et al. "Post-Acute Care for Older People in Community Hospitals. A | Estudio controlado aleatorio | Las experiencias de coordinación que se analizan son servicios de atención intermedia que se proporcionan en hospitales comunitarios y consisten en servicios de convalecencia que atienden a personas que han estado ingresadas en unidades de agudos y necesitan cuidados prolongados. | Mejorar la calidad de vida |

| Población destinataria | Id Documento | Referencia | Tipo de estudio | Descripción de la intervención | Objetivos evaluados |
|---|--------------|--|---------------------------|---|---|
| | | Cost-Effectiveness Analysis Within a Multi-Centre Randomised Controlled Trial". <i>Age and Ageing</i> , 37, 5, 2008, pp. 513-520. | | gados para poder regresar a sus domicilios. | |
| Personas mayores dependientes | 181 | Miller, P. et al. "Economic Analysis of an Early Discharge Rehabilitation Service for Older People". <i>Age and Ageing</i> , 34, 3, 2005, pp. 274-280. | Estudio exploratorio | Es un servicio de atención intermedia cuyo objetivo es facilitar el alta hospitalaria. Los participantes reciben apoyo domiciliario y rehabilitación. | <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la calidad de vida • Reducir el uso de servicios hospitalarios • Mejorar o mantener la capacidad funcional • Mejorar el estado de salud de las personas usuarias |
| Personas mayores en riesgo de dependencia | 97 | Curry, N. <i>Preventive Social Care. Is It Cost Effective?</i> Londres, King'S Fund, 2006, pp. 48. | Revisión de la literatura | Los servicios de atención intermedia son recursos que se sitúan entre lo comunitario y lo residencial, es decir, entre los recursos primarios y especializados, y también, desde otro punto de vista, entre lo sanitario y lo social. En esta revisión se revisan intervenciones de carácter socio-sanitario que tienen el objetivo de mejorar la transición entre el hospital y la comunidad y de prevenir futuras readmisiones hospitalarias y residenciales. | <ul style="list-style-type: none"> • Reducir el uso de servicios hospitalarios • Retrasar o evitar la institucionalización |
| Personas mayores en riesgo de dependencia | 114 | Kaambwa, B. et al. "Costs and Health Outcomes of Intermediate Care: Results from Five UK Case Study Sites". <i>Health and Social Care</i> | Estudio de casos | Se trata de servicios domiciliarios o residenciales que tienen por objetivo evitar que personas en situación de riesgo de requerir un ingreso hospitalario, tengan que ser admitidas en el hospital (admission avoidance). | Mejorar el estado de salud de las personas usuarias |

| Población destinataria | Id Documento | Referencia | Tipo de estudio | Descripción de la intervención | Objetivos evaluados |
|---|--------------|---|---------------------------------|---|---|
| | | <i>in the Community</i> , 16, 6, 2008, pp. 573-581. | | | |
| Personas mayores en riesgo de dependencia | 147 | Windle, K. et al. <i>National Evaluation of Partnerships for Older People Projects. Final Report</i> . Kent, Personal Social Services Research Unit, 2009, pp. 302. | Estudio controlado no aleatorio | <p>Los servicios POPP (partnership for older people projects) para personas mayores en riesgo de dependencia fueron diseñados con el fin de desarrollar servicios que promocionaran su salud, bienestar e independencia. Uno de los objetivos clave de la intervención fue el prevenir o retrasar la necesidad de atención de mayor intensidad (residencial).</p> <p>Dentro de este proyecto hay 146 tipos de intervención diferentes que van desde comedores sociales (lunch-clubs) hasta intervenciones más formales de carácter preventivo como puede ser los servicios de transición hospitalaria y los servicios de respuesta rápida (rapid response services).</p> <p>En relación a los objetivos concretos que se plantea cada uno de los programas, dos terceras partes están dirigidos a reducir el aislamiento social y la exclusión o a promocionar una vida saludable entre las personas mayores y un tercio de los 146 programas está centrado en evitar el ingreso hospitalario o en proporcionar una rápida transición desde una unidad de agudos o desde un hospital.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la calidad de vida • Reducir el uso de servicios hospitalarios |
| Personas mayores en riesgo de dependencia | 232 | Turning Point. <i>Benefits Realisation: Assessing the Evidence for the Cost Benefit and Cost Effectiveness of Integrated Health and Social Care</i> . Londres, Turning Point, 2010, pp. 54. | Revisión de la literatura | <p>La intervención que se evalúa en este trabajo (The partnerships for older people projects) son servicios que coordinan servicios sociales y sanitarios con el objeto de promover la independencia de los usuarios y prevenir o retrasar la institucionalización.</p> <p>Se evaluaron 146 programas muy heterogéneos, tanto desde el punto de vista de la intensidad de la atención proporcionada como del entorno en el que se llevaron a cabo (residencias, programas comunitarios, etc.)</p> | Reducir el uso de servicios sanitarios |
| Personas con discapacidad intelectual | 35 | Rudolph, C. et al. "Evaluation of Outcomes and Cost-Effectiveness of a Community Behavioral Support and Crisis Response Demonstra- | Estudio controlado no aleatorio | Se trata de un programa de intervención en crisis que se presta en un centro de atención intermedia para personas con discapacidad intelectual. El programa nace con el objetivo de prevenir ingresos residenciales debido a episodios de mala conducta o cuando ello no es posible, proporcionar una alternativa comunitaria al ingreso en residencias o en instituciones psiquiátricas. En estos casos se busca aumentar la capacidad del hogar actual a la hora de | <ul style="list-style-type: none"> • Retrasar o evitar la institucionalización • Incrementar el grado de satis- |

| Población destinataria | Id Documento | Referencia | Tipo de estudio | Descripción de la intervención | Objetivos evaluados |
|------------------------|--------------|--|-----------------|---|--|
| | | <p>tion Project". <i>Mental Retardation</i>, 36, 3, 1998, pp. 187-197.</p> | | <p>apoyar al individuo o a identificar servicios comunitarios más apropiados.</p> <p>Otro de los objetivos de este servicio es mantener a las personas en sus domicilios y comunidades al mismo o menor coste que en residencias.</p> <p>Es un programa que ofrece dos tipos de servicios: (1) servicios disponibles a domicilio, en el puesto de trabajo, colegio u otros entornos comunitarios, (2) servicios de alojamiento en crisis a corto plazo (máximo de 90 días) en una unidad especializada. El servicio de alojamiento en crisis cuenta con personal durante las 24 horas del día en una ratio de 1 profesional para cada 2 personas usuarias en horario diurno.</p> <p>El servicio se desarrolla en tres etapas:</p> <p>(1) Evaluación: Se realiza una evaluación breve pero intensa a través de entrevistas individuales, grupales y observación directa.</p> <p>(2) Intervención/tratamiento: consiste en la reducción de problemas de conducta mediante un mejor conocimiento de los deseos de la persona y favoreciendo el desarrollo de mecanismos alternativos de afrontamiento, interacción social y comunicación, gracias a una evaluación en profundidad del propósito que cumplen las conductas que se desean eliminar.</p> <p>(3) Seguimiento de un año después de darse por finalizada la intervención. Se realizan llamadas telefónicas al principio semanales o cada 2 semanas y, una vez estabilizada la situación, se mantiene contacto telefónico trimestral con los/las profesionales de los servicios a los que han sido derivadas las personas usuarias. También se realizan visitas domiciliarias a demanda de éstos.</p> | <p>facción de las personas usuarias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reducir el coste |

c) Aspectos metodológicos

Por lo que se refiere a la metodología de los estudios incluidos en la revisión, dos son revisiones de la literatura que analizan los servicios intermedios para personas mayores, cuatro son ensayos aleatorios, dos son estudios controlados no aleatorios, dos son estudios exploratorios y uno es un estudio de casos. En cuanto a la calidad de los estudios, y refiriéndonos a la validez interna de los mismos, dos tienen una buena validez interna, es decir, sus resultados tienen un elevado grado de fiabilidad; uno tiene una calidad satisfactoria y cuatro tienen una validez interna limitada. En el caso de un ensayo aleatorio y un estudio no aleatorio con grupo de control no se ha podido determinar la validez interna del estudio por falta de información para valorarla.

Tabla 50. Características metodológicas de las intervenciones orientadas al alojamiento en la comunidad

| Tipo de estudio | Validez interna del estudio | Validez externa del estudio | Conclusiones sobre coste-efectividad | ID documento |
|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|--------------|
| Revisión de la literatura | No aplicable | No aplicable | Coste efectivo | 232 |
| | | | No concluyente | 97 |
| Estudio controlado aleatorio | Buena | Buena | Coste efectivo | 182 |
| | No se puede determinar | No se puede determinar | No concluyente | 223 |
| | Pobre | Buena | Neutro | 158 |
| | Satisfactoria | Buena | Neutro | 86 |
| Estudio controlado no aleatorio | No se puede determinar | No se puede determinar | Coste efectivo | 147 |
| | Pobre | Buena | Coste efectivo | 35 |
| Estudio exploratorio | Buena | Buena | Coste efectivo | 181 |
| | Pobre | Limitada | Coste efectivo | 202 |
| Estudio de casos | Pobre | Buena | No concluyente | 114 |

La validez externa de los estudios es buena en seis casos, limitada en un caso y no se puede determinar en los dos casos antes mencionados.

d) Resultados de las intervenciones

En el caso de los servicios de atención intermedia evaluados el principal resultado que persiguen las intervenciones es, lógicamente, reducir el uso de servicios hospitalarios. No obstante también se consideran objetivos relativos a la permanencia de las personas en su entorno habitual, a la mejora de su estado de salud, de su calidad de vida o de su capacidad funcional.

Respecto al impacto de los servicios de atención intermedia evaluados en el uso de servicios sanitarios, los siete estudios que han analizado este aspecto encuentran efectos positivos de la intervención. En su estudio sobre la relación coste-efectividad de un servicio de prevención de ingresos hospitalarios y residenciales Sanderson, D. Wright, D. muestran que el servicio de respuesta rápida integrado en el mismo (un servicio que presta atención de urgencia a personas que han tenido algún accidente en el domicilio y se encuentran en riesgo de ingresar en el hospital) libera entre 112 y 192 días de estancia hospitalaria mensuales. Por otra parte, en el caso de la unidad residencial de convalecencia (una centro residencial de acogida temporal de personas en riesgo de ingresar en centros residenciales como consecuencia de un accidente o una crisis), en torno al 50% de los usuarios regresaron a sus hogares. Aunque cabe esperar que la mayoría de estas personas hubiesen terminado siendo residencializadas en ausencia del servicio, la falta de un grupo de comparación hace que no se pueda medir la significatividad de esos resultados.

El estudio de Coleman, E.A. et al (2006) en el que se evalúa un servicio de facilitación del alta hospitalaria también produce resultados favorables. Se observa una reducción de las tasas de readmisión hospitalaria entre quienes reciben el servicio de facilitación del alta que consiste básicamente en unas sesiones con un técnico para preparar a la persona durante el final de su estancia hospitalaria y una serie de visitas y llamadas de seguimiento una vez se encuentra en el domicilio. Miller, P. et al. (Miller, et al., 2004), por su parte, muestran que las estancias hospitalarias se acortan 9 días, gracias a una media de 22 visitas a domicilio por parte del programa.

Windle, K. et al. (Windle, et al., 2009), en el informe de evaluación final de los proyectos conocidos como *Partnerships for Older People* (POP), indican que por cada libra invertida en estos programas se ha producido un ahorro de 1,20 libras en servicios hospitalarios. Este mismo documento refiere reducciones del 29% en la utilización de servicios de urgencia en algunos de los programas evaluados en su piloto y disminuciones del 47% en los ingresos hospitalarios. También refiere reducciones en el uso de servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y medicina general.

Por lo que se refiere a prolongar la permanencia de las personas mayores en el domicilio, evitando la institucionalización, dos de los tres estudios que analizaron servicios de atención intermedia para personas mayores detectaron un efecto positivo (Curry, 2006 y Meyer, 2011), mientras que un estudio no encontró diferencias significativas entre las personas que recibieron el servicio y las que fueron atendidas a través de los servicios convencionales. La revisión llevada a cabo por Curry, N. (Curry, 2006)), señala que dos de los estudios revisados en su trabajo encuentran reducciones en la tasa de institucionalización de personas atendidas en servicios de atención intermedia prestados por personal de enfermería. Por su parte, el estudio de Meyer, H. sobre un nuevo paradigma de atención para personas mayores en Estados Unidos informa de que la tasa de institucionalización, entre quienes recibieron el nuevo servicio, fue un 70% menor que en la población general de personas mayores.

Por el contrario, en el estudio de Ellis, A. et al (Ellis, et al., 2006) no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en el tiempo de permanencia en el domicilio de dos grupos de personas mayores, un grupo que recibió atención en un servicio de rehabilitación socio-sanitaria (cofinanciada y prestada conjuntamente por el NHS y los servicios sociales) dirigida a facilitar el alta hospitalaria y las personas que recibieron la atención sanitaria y social habitual.

El impacto de los servicios de atención intermedia en la salud y, sobre todo, en la calidad de vida de las personas usuarias es otro de los indicadores evaluados por los trabajos de investigación revisados. Dos estudios han analizado el impacto de los servicios de atención intermedia en la salud y en la capacidad funcional de las personas usuarias y los dos muestran

resultados positivos. El estudio llevado a cabo por Miller, P. et al. (Miller, et al., 2004), detectó una mejora significativa en la salud según el *General Health Questionnaire* a los tres meses de intervención; asimismo, el grupo de personas que recibió el servicio domiciliario y de rehabilitación como apoyo al alta mejoró significativamente la puntuación en la escala Barthel (actividades básicas de la vida diaria) y en la *Nottigham Extended Activities of Daily Living*, en las áreas de cocina y tareas domésticas en comparación con el grupo que recibió la atención habitual. Se comprobó que estas mejoras en el funcionamiento en las tareas domésticas se mantenían a los 12 meses de seguimiento.

El estudio exploratorio llevado a cabo por Kaambwa, B. et al (2006) también detectó mejoras significativas en la capacidad funcional y en la salud de las personas usuarias a través de las escalas EQ-5D y Barthel. Este estudio indica que los resultados son mejores en los servicios dirigidos a prevenir los ingresos. Según los autores, la notable mejoría en comparación con las personas atendidas en los servicios de facilitación del alta, se debe tanto al mayor potencial de mejora de las personas atendidas en estos servicios como a la propia configuración del servicio. Es decir, más allá de estado de salud inicial, parece que los servicios de prevención del alta obtienen mejores resultados en términos de autonomía funcional y salud

Por lo que se refiere a la calidad de vida de las personas usuarias, los tres estudios que han incluido alguna medida de la calidad de vida obtienen resultados positivos. El estudio de Miller, P. et al. (Miller, et al., 2004), además de los beneficios para la salud que se acaban de mencionar, detecta un efecto positivas en el bienestar emocional, tanto de las personas mayores, como de sus cuidadores/as en el grupo que recibió el servicio de rehabilitación. El estudio llevado a cabo por O'Reilly, J. et al. (O'Reilly, et al., 2008) para evaluar un servicio de convalecencia también detecta un efecto positivo de la intervención sobre la calidad de vida de las personas usuarias, suponiendo una ganancia de 0,048 años de vida ajustados por calidad respecto al grupo que recibió la atención habitual, si bien las diferencias no fueron estadísticamente significativas.

Por último, el informe de evaluación de los proyectos *Partnerships for Older People* (POP), (Windle, et al., 2009) refiere que los cambios en calidad de vida fueron favorablemente signi-

ficativos en la medida de HRQoL en 9 de cada 10 tipos de intervención. No obstante, los autores señalan que las mejoras fueron mayores en los servicios preventivos que en los servicios de atención intermedia.

Por lo que respecta al servicio de intervención en crisis dirigido a personas con discapacidad intelectual, los resultados obtenidos apuntan a que este tipo de servicios —especialmente la modalidad de apoyo en el domicilio— es eficaz a la hora de evitar la institucionalización de personas con discapacidad intelectual por problemas de conducta. Por otra parte, la satisfacción de los responsables de caso y los profesionales de los servicios con la intervención fue muy alta.

e) La relación coste efectividad de los programas de alojamiento en la comunidad

Los estudios revisados indican que la atención intermedia resulta efectiva a la hora de reducir los ingresos hospitalarios y las visitas a servicios de urgencias. También tienen un impacto positivo sobre la salud y la calidad de vida de las personas usuarias y pueden ayudarles a recuperar su capacidad funcional tras un ingreso hospitalario o un accidente. Por lo que se refiere a la relación coste-efectividad de las intervenciones, sin embargo, no existe consenso en la literatura analizada. Por una parte, dos ensayos aleatorios (Ellis, et al., 2006 y O'Reilly, et al., 2008) indican que la atención intermedia no es más coste-efectiva que la atención hospitalaria tradicional. Ambos describen intervenciones llevadas a cabo desde el ámbito hospitalario para facilitar el alta de personas mayores dependientes. Los resultados de estos estudios se ven respaldados por una revisión de la literatura (Curry, 2006), que concluye que no existen indicios suficientes para afirmar que la atención intermedia resulta coste efectiva frente a la atención social y sanitaria tradicional.

Sin embargo, otros cinco estudios —entre ellos los dos ensayos aleatorios de mejor calidad incluidos en esta revisión— indican que la atención intermedia resulta coste-efectiva, especialmente cuando se dirige a prevenir los ingresos hospitalarios, y cuando se organiza a través de servicios de respuesta rápida, capaces de intervenir de forma urgente en los domicilios de las personas en riesgo de ser hospitalizadas. Cuatro de estos estudios (Windle, et al., 2008,

Miller, et al., 2004, Coleman, et al., 2006 y Turning Point, 2010) indican que se puede producir un ahorro mediante la provisión de servicios de atención intermedia para prevenir los ingresos y facilitar las altas hospitalarias.

Tabla 51. Conclusiones básicas de los estudios sobre otras fórmulas de coordinación de servicios socio-sanitarios

| Id Documento | Población destinataria | Tipo de intervención | Conclusiones sobre coste-efectividad | Conclusiones |
|--------------|---------------------------------------|------------------------|--------------------------------------|--|
| 35 | Personas con discapacidad intelectual | Intervención en crisis | Coste efectivo | <p>El estudio muestra que, mediante la puesta en marcha de servicios de intervención en crisis se puede mantener en su entorno a las personas con discapacidad intelectual en riesgo de ser institucionalizadas por problemas de conducta. Los servicios prestados en el domicilio fueron especialmente efectivos tanto por sus mejores resultados en cuanto a evitar la institucionalización como por su menor coste. No obstante, los autores advierten que fue necesario un cambio en la forma de trabajar de los responsables de caso, adoptando medidas preventivas (valoración de necesidades y planificación centrada en la persona) en lugar de responder a las situaciones de crisis una vez éstas ya se habían desencadenado.</p> <p>Por otra parte, el estudio muestra que una intervención con las características señaladas resulta coste-efectiva con la población de personas con discapacidad que tienen conductas problemáticas y riesgo de ser institucionalizadas. Se estima que la intervención supuso un ahorro de 287.320 \$ en sus primeros tres meses de operación, es decir, 5.320 \$ por persona atendida.</p> |
| 86 | Personas mayores | Facilitación del alta | Neutro | <ul style="list-style-type: none"> • La investigación muestra que tanto la efectividad de las intervenciones, como su coste fue similar en los dos grupos. No obstante, hay que tener en cuenta que el estudio de efectividad se ha limitado a medir la permanencia en el domicilio y, por lo tanto, no se han medido otros resultados favorables que podría tener una intervención coordinada (satisfacción de las personas usuarias, por ejemplo). • Los autores sugieren que la rehabilitación residencial para personas mayores no es más coste-efectiva al año de haber salido del hospital que la intervención comunitaria. |
| 97 | Personas mayores | Facilitación del alta | No concluyente | <p>Hay una falta de consenso sobre la relación coste-efectividad de la atención de tipo intermedio. Algunos estudios no la han encontrado coste-efectiva para la población general, pero en colectivos y situaciones específicas, como ataques cardíacos y caídas, sí hay mayor consenso sobre su coste-efectividad. En este sentido, los resultados sobre servicios de prevención secundaria de ataques cardíacos son los más sólidos.</p> <p>Los estudios analizados también señalan que las diferentes modalidades de servicio varían sustancialmente en su relación coste-efectividad, siendo la hospitalización a domicilio, las visitas domiciliarias por parte de enfermeras y los equipos multidisciplinarios de respuesta rápida los que mejores resultados obtienen.</p> |

| Id Documento | Población destinataria | Tipo de intervención | Conclusiones sobre coste-efectividad | Conclusiones |
|--------------|-------------------------------|---|--------------------------------------|--|
| 114 | Personas mayores | Prevención de ingresos | No concluyente | <p>El estudio no permite extraer conclusiones sobre la relación coste-efectividad de la atención intermedia, puesto que no se compara con una alternativa a este servicio.</p> <p>Respecto a las diferencias entre tipos de atención intermedia, parece que los servicios de prevención del ingreso en hospitales obtienen mejores resultados que los de facilitación del alta en términos de capacidad funcional y estado de salud de las personas usuarias. Además los resultados se obtienen a un menor coste. En este sentido, puede decirse que los servicios de prevención del ingreso son más coste-efectivos que los de facilitación del alta a la hora de reducir la utilización de servicios hospitalarios. En cualquier caso, al no tratarse de alternativas excluyentes, ambos servicios pueden resultar necesarios.</p> |
| 147 | Personas mayores | Prevención de ingresos Facilitación del alta | Coste efectivo | <p>Los servicios que coordinación atención sanitaria y social para personas mayores son coste-efectivos ya que permiten mejorar la calidad de vida, reducir el uso de servicios hospitalarios así como reducir el coste de la intervención.</p> <p>Los autores concluyen que el análisis en términos de Años de Vida Ajustados por Calidad (AVAC) muestra una alta probabilidad (86%) de que el programa sea coste-efectivo si se compara con la atención tradicional.</p> |
| 158 | Personas mayores | Facilitación del alta | Neutro | <p>Los autores concluyen que la relación coste-efectividad de los servicios de atención intermedia en hospitales comunitarios es similar a la atención hospitalaria tradicional.</p> <p>Con una disposición social a pagar de 10.000 libras esterlinas por AVAC ganado, el servicio de atención intermedia sería coste-efectivo en un 47% de los casos y elevando el umbral 30.000 libras esterlinas por AVAC ganado, sólo sería coste-efectivo en un 50% de los casos.</p> |
| 181 | Personas mayores | Facilitación del alta | Coste efectivo | <p>El servicio de atención intermedia y rehabilitación a domicilio analizado obtiene resultados positivos entre los que destacan la mejora en la realización de las actividades cotidianas y el estado de salud así como una reducción significativa en el número de estancias hospitalarias y la duración de las mismas, lo que se traduce en un coste total inferior para el grupo de intervención.</p> |
| 182 | Personas mayores dependientes | Facilitación del alta | Coste efectivo | <p>El servicio de atención intermedia evaluado es coste-efectivo ya que se produce un menor número de hospitalizaciones en el grupo de intervención en comparación con el grupo de control y esto conlleva un ahorro significativo en costes hospitalarios. Los resultados indican que el ahorro en ingresos hospitalarios del grupo de intervención durante los 180 días de seguimiento es de \$147.797, que suponen un ahorro anual de \$295.594.</p> |

| Id Documento | Población destinataria | Tipo de intervención | Conclusiones sobre coste-efectividad | Conclusiones |
|--------------|--|---|--------------------------------------|--|
| 202 | Personas mayores dependientes o en riesgo de dependencia | Prevención de ingresos Facilitación del alta | Coste efectivo | <p>Los autores concluyen que uno de los cuatro servicios analizados es coste-efectivo. Se concluye que el servicio de respuesta rápida es coste-neutral para personas con movilidad reducida. Para este grupo de personas el coste hospitalario diario es de £125 y la estancia hospitalaria media es de 4.5 días (£562.5 de media por estancia, mientras que el coste medio del servicio de respuesta rápida es £570 por usuario).</p> <p>Por otra parte, para pacientes con otro tipo de problemas que no son terminales, la intervención permite ahorrar £254 por usuario si su estancia hospitalaria se estima en 8.75 días.</p> <p>Por último, para enfermos terminales la estancia hospitalaria tiene un coste igual o superior a £190/día y los datos indican que el servicio proporcionado permite ahorrar dinero.</p> |
| 223 | Personas mayores dependientes | Prevención de ingresos | No concluyente | Los autores plantean que el nuevo modelo de atención coordinada reduce el uso de servicios sanitarios y residenciales. Sin embargo, la escasa información que se presenta este documento (sobre diseño, metodología, intervención y resultados del programa) no permite extraer ninguna conclusión al respecto. |
| 232 | Personas mayores en riesgo de dependencia | Prevención de ingresos | Coste efectivo | <p>Los autores concluyen que, en general, este tipo de programas que coordinan servicios sociales y de atención sanitaria son altamente coste-efectivos.</p> <p>Por otra parte, se observa que el tamaño y el tipo de proyectos inciden en el ahorro que producen este tipo de programas. En este sentido, los proyectos de corte comunitario y de amplio espectro obtienen un ahorro mayor que los que solamente se centran en atención hospitalaria.</p> |

4.3. Individualización de la atención

4.3.1. Asignación económica individual

a) Resultados globales

La literatura sobre servicios sociales y servicios sociosanitarios en general ha analizado con bastante detalle la extensión –en el ámbito de la atención a las personas mayores y/o con discapacidad- de prestaciones económicas directas, orientadas tanto a las personas cuidadoras como a las personas con dependencia o discapacidad, al objeto de que estas personas adquieran en el mercado privado, mediante esas prestaciones, los servicios de atención que puedan precisar. Diseñados para facilitar la contratación directa de servicios de asistencia para la vida diaria por parte de personas mayores y/o de personas con discapacidad, los sistemas de cheque servicio o pago directo constituyen una relativa novedad en el campo de los Servicios Sociales y, para algunos, la piedra angular de un cambio radical en la provisión de servicios sociales. Responden a una filosofía del usuario de estos servicios como consumidor/a, capaz de elegir entre diversos proveedores y de pagar directamente, gracias en parte al cheque o cupón recibido, esos servicios. Aunque habitualmente estas medidas se justifican preferentemente en aras de facilitar una mayor posibilidad de opción y una mayor autonomía a las personas usuarias, y en aras de mejorar la competencia entre prestadores de servicios, pueden tener también como resultado una cierta contención del gasto público, especialmente si se opta por establecer cuantías máximas no vinculadas al coste efectivo del servicio. Su inclusión en este estudio, en cualquier caso, se justifica en la medida en que este tipo de prestaciones pueden suponer un avance en términos de individualización de la atención, autocontrol, empoderamiento y adaptación de los servicios a las preferencias de las personas usuarias.

Sin embargo, pese a la extensión en los últimos años de este tipo de esquemas de *cash for care*, son muy escasas las evaluaciones realizadas en torno a los mismos desde el punto de vista de su relación coste efectividad. Para esta revisión se han localizado únicamente tres estudios que responden a los criterios metodológicos y temáticos señalados en el capítulo introducto-

rio: de ellos, uno considera coste efectiva la intervención analizada, mientras que en los otros dos casos los resultados del análisis realizado no se consideran concluyentes.

b) Descripción de las intervenciones

De los tres estudios revisados, dos se refieren a personas con discapacidad y el tercero a personas mayores dependientes o en riesgo de dependencia. En lo que se refiere a sus contenidos, el estudio más reciente (Stainton, et al., 2009), analiza la aplicación en dos localidades británicas del sistema de pago directo establecido en aquel país, en virtud del cual las personas con discapacidad que lo deseen, en lugar de recibir servicios de atención directa, reciben una prestación económica para la contratación en el mercado privado de los servicios que requiere. Además de la propia prestación económica, el programa ofrece servicios de asesoramiento sobre la contratación del servicio de asistencia personal.

El segundo trabajo (Timonen, 2004) describe un sistema de ayudas económicas para la contratación de servicios de atención y apoyo a domicilio por parte de personas mayores en Irlanda, y lo compara con la prestación económica individual existente en otras regiones del país. Se trata de una ayuda concedida cuando los servicios de ayuda a domicilio no están disponibles o no son suficientes, y se plantea que el usuario precisa más de diez horas de atención. La tercera intervención (Dale y Brown, 2006) proporciona una asignación económica mensual a la persona dependiente para que ésta pueda contratar asistentes (que pueden ser familiares) y para la compra de servicios y ayudas técnicas. El programa también proporciona asesoramiento para ayudar a los usuarios a administrar sus nuevas responsabilidades como empleadores.

Tabla 52. Descripción de las intervenciones analizadas en el ámbito de la asignación económica individual

| Id Documento | Referencia | Tipo de estudio | Población destinataria | Descripción de la intervención | Objetivos evaluados |
|--------------|---|---------------------------------|--|--|--|
| 119 | Stanton, T. Et Al. "Independence Pays: a Cost and Resource Analysis of Direct Payments in Two Local Authorities". Disability and Society, 24, 2, 2009, pp. 161-172. | Estudio controlado no aleatorio | Personas con discapacidad | Se trata de una intervención que proporciona servicios de información y asesoramiento sobre la asignación económica individual y sobre cómo contratar a un asistente personal. También se proporciona formación y asesoramiento sobre cómo convertirse en empleador y un servicio para realizar las nóminas. | <ul style="list-style-type: none"> • Incrementar la autodeterminación o autocontrol de las personas usuarias • Incrementar el grado de satisfacción de las personas usuarias |
| 142 | Timonen, V. "Evaluation of Homecare Grant Schemes in the NAHB and ECAHB". Dublin, Eastern Regional Health Authority, 2004, pp. 85. | Estudio exploratorio | Personas mayores dependientes o en riesgo de dependencia | <p>El programa está dirigido a apoyar a personas mayores de 65 años que quieren seguir residiendo en su domicilio pero que no pueden hacerlo sin la ayuda de una prestación económica. Con el objeto de suplementar y no reemplazar servicios, se plantea la necesidad de comprobar la existencia de servicios comunitarios disponibles como paso previo a la asignación de la prestación.</p> <p>Se realizan pagos directos a los usuarios y se les proporciona la suficiente libertad para que la asignación económica se invierta en aquello que la persona mayor considere más oportuno. La persona que recibe la asignación económica pasa a ser responsable de encontrar a la persona que le va a proporcionar los servicios extraordinarios que bajo ningún concepto puede ser un familiar.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Retrasar o evitar la institucionalización • Incrementar el grado de satisfacción de las personas usuarias |
| 216 | Dale, S.B. Brown, R. "Reducing Nursing Home Use through Consumer-Directed Personal Care Services". Medical Care, 44, 8, 2006, pp. 760-767. | Estudio controlado no aleatorio | Personas con discapacidad | Se proporciona una asignación económica mensual a la persona dependiente para que ella pueda contratar asistentes (que pueden ser familiares) y para la compra de servicios y ayudas técnicas. También se proporciona asesoramiento para ayudar a los usuarios a administrar sus nuevas responsabilidades como empleadores. | <ul style="list-style-type: none"> • Retrasar o evitar la institucionalización • Reducir el coste |

Los objetivos de las tres intervenciones analizadas son muy similares: incrementar la autodeterminación o autocontrol de las personas usuarias, en un caso; incrementar el grado de satisfacción de las personas usuarias, en dos; retrasar o evitar la institucionalización, también en dos; y reducir el coste de los servicios prestados, en uno.

c) Aspectos metodológicos

De los tres estudios analizados, dos son estudios controlados no aleatorios y el tercero consiste en un estudio de carácter exploratorio. El estudio de Dale y Brown (2006) tiene una validez interna satisfactoria y una validez externa buena, mientras que la validez interna y externa del otro estudio aleatorio, el de Stainton (2009), puede considerarse pobre. El estudio de Timonen (2004), de carácter exploratorio, se realizó mediante entrevistas cualitativas a las personas que percibían la prestación analizada, en una región determinada, estableciendo como grupo de control a los perceptores de una ayuda económica convencional en otra región.

Tabla 53. Aspectos metodológicos de las intervenciones analizadas en el ámbito de la asignación económica individual

| Tipo de estudio | Validez interna del estudio | Validez externa del estudio | Conclusiones en cuanto a coste-efectividad | Id Documento |
|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--|--------------|
| Estudio controlado no aleatorio | Pobre | Pobre | No concluyente | 119 |
| | Satisfactoria | Buena | Coste efectivo | 216 |
| Estudio exploratorio | No aplicable | No aplicable | No concluyente | 142 |

d) Descripción de los resultados

De los tres estudios, uno (Stainton, 2009) apenas ofrece datos sobre la consecución de sus objetivos (razón por la cual se ha considerado no concluyente). Estudios anteriores de los mismos autores indican en cualquier caso que este tipo de intervenciones resultan eficaces en lo que se refiere al incremento de la satisfacción de las personas usuarias y a su nivel de independencia y autocontrol.

En lo que se refiere a la reducción del coste, el trabajo de Dale y Brown (2006) indica que a los tres años de su desarrollo se produjo un ahorro de unos 1.900 dólares por persona en todos los servicios financiados por Medicaid, incluyendo entre ellos los servicios residenciales. Según este autor, el uso de servicios comunitarios de atención personal y, en consecuencia, su coste, fue mucho más elevado entre los usuarios de la prestación económica, pero este mayor coste fue compensado, en parte, por un menor uso de los servicios de larga duración, entre ellos los de atención residencial. Sin embargo, en lo que se refiere a la reducción en el uso de servicios formales, las diferencias entre el grupo de control y el de intervención fueron importantes, el grupo de control recurrió en mayor medida a servicios residenciales, pero no estadísticamente significativas.

e) Conclusiones en términos de coste efectividad

Sólo el estudio de Dale y Brown (2006) muestra un resultado coste efectivo en la medida en que la ligera reducción en el uso de recursos residenciales se combina con un ahorro económico importante. En los otros dos casos los resultados no son concluyentes: el trabajo de Stainton (2009) no presenta datos suficientes sobre la relación coste-efectividad del programa, aunque los datos recabados sugieren que la intervención puede resultar coste-efectiva en comparación con los servicios habituales para personas con discapacidad. Por su parte, el estudio de Timonen (2004) no ofrece datos suficientes que permitan establecer su coste efectividad, si bien se asegura que la disponibilidad de asignaciones económicas ayuda a reducir el número de altas hospitalarias retrasadas y retrasan la institucionalización.

Tabla 54. Conclusiones en términos de coste efectividad de las intervenciones analizadas en el ámbito de la asignación económica individual

| Id Documento | Conclusiones sobre coste-efectividad | Conclusiones |
|--------------|--------------------------------------|---|
| 119 | No concluyente | El estudio, por su falta de calidad metodológica, no presenta datos suficientes sobre la relación coste-efectividad del programa, aunque los datos recabados sugieren que la intervención puede resultar coste-efectiva en comparación con los servicios habituales para personas con discapacidad. |
| 142 | No concluyente | <p>En la mayoría de los casos, los usuarios indican que, de no haber recibido la asignación económica individual, sus familiares hubieran experimentado sobrecarga de trabajo o hubieran tenido que optar por los servicios de una residencia para personas mayores.</p> <p>Los niveles de satisfacción de los usuarios con el programa son altos.</p> <p>Los autores señalan que la disponibilidad de asignaciones económicas ayuda a reducir el número de altas hospitalarias retrasadas y retrasan la institucionalización pero este trabajo no ofrece datos en este sentido.</p> <p>Este documento solamente ofrece una descripción cualitativa de cómo funciona este recurso.</p> <p>Las principales recomendaciones de este estudio cualitativo son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La necesidad de introducir una evaluación estandarizada para determinar qué usuarios participan y para las re-evaluaciones - La obligación de ser más cuidadosos en el control de la calidad y pertinencia de los servicios prestados con la ayuda de las asignaciones económicas individuales. - La puesta en marcha de un procedimiento que permita garantizar que las cuantías están acorde con los costes de la atención - La introducción de partidas dirigidas a atención doméstica en las subvenciones de atención de servicios privados de enfermería a domicilio. - La necesidad de asegurar una adecuada dotación de personal. |
| 216 | Coste efectivo | <p>Por un lado, el programa de prestaciones económicas individuales tuvo un efecto modesto, aunque no significativo, en el uso de servicios residenciales. Por otra parte, se consiguió reducir el coste de los servicios de larga duración en unos 1.900\$ por persona, aunque esa diferencia no se vio en realidad compensada por el mayor gasto en servicios comunitarios. No obstante, los datos indican que el hecho de que los costes en atención médica sean mayores en el grupo de intervención se debe a que las personas del grupo control (servicios tradicionales) reciben menos horas de intervención de las previstas.</p> <p>La conclusión principal del estudio es que en circunstancias normales, como el grupo de intervención hace un menor uso de servicios residenciales, los costes en general serán menores en comparación con el grupo de control. En este sentido, los autores concluyen que es un servicio coste-efectivo ya que permite ahorrar costes.</p> |

4.3.2. *Planificación centrada en la persona*

Como en el caso de los servicios de acompañamiento, se ha encontrado un único estudio que analice de forma exclusiva las intervenciones orientadas a la planificación centrada en la per-

sona desde el punto de vista de su coste efectividad. Se trata de un artículo de investigación publicado en la revista Siglo Cero por Robertson, J., et al. (2008). Está basado en un estudio pre-post sin grupo control y analiza el impacto de este tipo de programas entre personas con discapacidad intelectual en relación a los modelos tradicionales de intervención.

El estudio analiza la puesta en marcha en cuatro ciudades (del ámbito rural y urbano) de la planificación centrada en la persona en un período de 12 meses. Los participantes en el estudio fueron las primeras 25 personas con discapacidad intelectual de cada lugar para quienes se intentó desarrollar un plan específico de atención centrada en la persona (N=93). Para desarrollar la planificación centrada en la persona, consultores externos formaron a los gerentes de los centros de apoyo a personas con discapacidad y a unos 16 facilitadores (personal de apoyo externo, con discapacidad intelectual y voluntarios no remunerados y familiares) por zona. La formación tuvo lugar durante 20 días y en sesiones de 5/8 horas. De cara a evaluar los efectos de la intervención, se midieron los cambios en las experiencias vitales de los participantes antes de la elaboración de su plan de atención centrado en la persona, y después de haber desarrollado dicho plan. La recogida de información se realizó cada tres meses mediante cuestionarios y entrevistas personales a las personas con discapacidad y a informantes clave. Se realizó un seguimiento de dos años.

El análisis de la intervención pone de manifiesto que la introducción de la planificación centrada en la persona tuvo un efecto positivo modesto en las experiencias vitales de las personas con discapacidad intelectual. La participación en el programa, en cualquier caso, se asoció con beneficios en las áreas de redes sociales, participación en la comunicad, actividades cotidianas planificadas, contacto con los amigos, contacto con la familia y elección. Por otra parte, los autores señalan que hubo tres áreas –riesgos, salud física y necesidades emocionales y conductuales– donde se produjeron cambios en sentido negativo. A juicio de los autores esto se debe a que tras la planificación las personas llevan vidas más ocupadas y variadas y esto puede dar lugar a que surjan problemas en las áreas señaladas, con la asunción de ciertos riesgos por parte de las personas participantes. Los cambios en el estado de salud pueden explicarse por un mejor conocimiento (a través de la planificación centrada en la persona) de

las necesidades sanitarias de las personas. Los cambios conductuales y emocionales pueden ser un efecto secundario de una mayor participación en la comunidad (estrés, percepción más clara de la diferencia respecto a los demás, etc.).

Desde el punto de vista del análisis coste efectividad, el artículo analizado pone de manifiesto que la planificación centrada en la persona produjo cambios positivos en áreas importantes como las redes sociales, la participación en la comunidad o la capacidad de elección. También tuvo algunos efectos negativos, algunos de ellos relacionados con la salud física y mental, que no se esperaban. En cualquier caso, los datos económicos indican que estas mejoras tendrían un coste de unos 1.200 dólares por participante, coste que no se vio compensado por una reducción de la utilización de servicios comunitarios o residenciales. Dado que los beneficios de la intervención se consiguen a un coste mayor que el de la atención habitual, no parece que la planificación centrada –al menos la experiencia evaluada en este artículo– en la persona sea coste-efectiva.

4.3.3. Otras fórmulas de individualización de la atención

a) Resultados globales

Ciertamente, junto a los esquemas de *cash for care* y los programas de planificación centrada en la persona, existen numerosas fórmulas de individualización de la atención. No resulta sin embargo habitual someter estas iniciativas a evaluaciones de tipo económico, y se ha optado, para esta revisión, por agruparlas en una misma categoría, aun cuando existe entre ellas una cierta diversidad. En total, se han detectado cinco evaluaciones económicas de programas basados en la individualización de la atención: de ellos, tres se consideran coste efectivos y dos no dominantes, en la medida en que la mejora de los resultados se produce a un coste mayor. Cabe pensar pues que se trata de programas claramente eficaces en la consecución de sus objetivos, si bien no siempre se consigue en estos casos combinar la consecución de los objetivos con una mayor eficiencia económica.

b) Descripción de las intervenciones

De los cinco artículos revisados, dos describen una programa dirigido a personas con discapacidad, otro a personas mayores con demencia y los otros dos a personas mayores en riesgo o en situación de dependencia.

El trabajo de Hurstfield (2007) recoge una revisión de la literatura anglosajona en relación a los programas de vida independiente para personas con discapacidad, que define como programas basados en cuatro grandes ejes: autogestión, planificación centrada en la persona, asistente personal y ayudas económicas individuales. La segunda revisión de la literatura, la de Grabowski (2006) analiza una serie de programas diseñados para ofrecer a las personas usuarias un mayor control sobre los servicios que recibe (*consumer-directed care*), con especial atención a la supervisión y la capacidad de decisión en relación al personal de atención directa. Si bien, a menudo, este tipo de programas suelen enfocarse hacia las personas con discapacidad, en este caso se trata de programas dirigidos a personas mayores en riesgo de dependencia y se valora, fundamentalmente, en qué medida contribuyen a mejorar la satisfacción de las personas usuarias. El artículo de la entidad Turning Point (2010) también recoge parcialmente una revisión de la literatura, en este caso centrada en el proyecto LinkAge Plus, mediante el cual las propias personas usuarias se implican directamente en el diseño y puesta en marcha de los servicios que reciben. El servicio se analiza en el marco de una revisión de literatura más amplia, que analiza la coste efectividad de un programa de intervención socio-sanitaria integrada.

El cuarto artículo incluido en esta revisión, orientado a personas con demencia, da cuenta de un programa individualizado que promueve la realización de actividades de tipo social encaminadas a reducir las horas de sueño durante el día, mejorar la calidad del sueño por la noche y reducir la ratio de sueño día/noche (Richards et al. 2005). Por último, el artículo de Head y Conroy (2005), basado en un estudio pre post con grupo de control, consiste en la provisión de mayores posibilidades de autodeterminación a personas con discapacidad intelectual, mediante una mayor implicación de las personas atendidas en la elaboración de su propio plan de atención. Una vez que el plan está diseñado, se proporciona una asignación económica

individual y se firma un acuerdo en el que se compromete a utilizar ese dinero para dicho plan. Este plan permite al usuario seleccionar, controlar y dirigir los servicios contratados.

Tabla 55. Descripción de las intervenciones analizadas en el ámbito de los programas individualizados

| Id Documento | Referencia | Tipo de estudio | Población destinataria | Descripción de la intervención | Objetivos evaluados |
|--------------|--|---------------------------------|---|--|--|
| 95 | Hurstfield, J. Et Al. "The Costs and Benefits of Independent Living". Londres, HM Government, 2007, pp. 140. | Revisión de la literatura | Personas con discapacidad | <p>"Vida independiente" significa que las personas con discapacidad tengan acceso a las mismas oportunidades que los no discapacitados: crecer en sus propias familias, ser educados en el colegio más próximo, utilizar el mismo transporte público, conseguir un trabajo acorde con su formación y capacidades, tener un acceso igualitario a los mismo bienes y servicios públicos. Las personas con discapacidad necesitan pensar y hablar por si mismas sin la interferencia de otros.</p> <p>Tienen que tener la misma opción, control y libertad que cualquier otro ciudadano en casa, en el trabajo y como miembros de la comunidad.</p> <p>Los mecanismos de que dispone el "movimiento de vida independiente" para conseguir estos objetivos son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autogestión (consumer direction) - Planificación centrada en la persona - Asistente personal - Ayudas económicas individuales | <ul style="list-style-type: none"> • Incrementar la autodeterminación o autocontrol de las personas usuarias • Mejorar la calidad de vida • Mejorar el estado de salud de las personas usuarias |
| 141 | Grabowski, D.C. "The Cost-Effectiveness of Noninstitutional Long-Term Care Services: Review and Synthesis of the Most Recent Evidence". Medical Care Research and Review, 63, 1, 2006, pp. 3-28. | Revisión de la literatura | Personas mayores en riesgo de dependencia | Son programas que proporcionan al usuario más control sobre los servicios que recibe (consumer-directed care). Este tipo de programas permiten al usuario controlar cómo se contrata, supervisa e incluso despide al proveedor del servicio. | Incrementar el grado de satisfacción de las personas usuarias |
| 169 | Richards, K.C. Et Al. "Effect of Individualized Social Activity on Sleep in Nursing Home Residents with Dementia". Journal of the American Geriatrics Society, 53, 9, 2005, pp. 1510-1517. | Estudio controlado no aleatorio | Personas mayores con demencia | Se trata de un programa individualizado que promueve la realización de actividades de tipo social encaminadas a reducir las horas de sueño durante el día, mejorar la calidad del sueño por la noche y reducir la ratio de sueño día/noche. | Mejorar la calidad de vida |

| Id Documento | Referencia | Tipo de estudio | Población destinataria | Descripción de la intervención | Objetivos evaluados |
|--------------|---|---------------------------------------|--|--|--|
| 207 | Head, M.J. Conroy, J.W. "Outcomes of Self-Determination in Michigan. Quality and Costs". En: Costs and Outcomes of Community Services for People with Intellectual Disabilities. Baltimore, Paul H. Brookes, 2005, pp. 219-240. | Estudio pre post sin grupo de control | Personas con discapacidad intelectual | <p>La intervención de individualización de la atención evaluada en este estudio consiste en proporcionar servicios de autodeterminación para personas con discapacidad intelectual en los que la persona se implica en la elaboración de su propio plan de atención y se fomenta que diseñe su propio plan de servicios y apoyos.</p> <p>Una vez que el plan está diseñado, se proporciona una asignación económica individual y se firma un acuerdo en el que se compromete a utilizar ese dinero para dicho plan. Este plan permite al usuario seleccionar, controlar y dirigir los servicios contratados.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Empoderamiento / incrementar la autoeficacia • Mejorar la calidad de vida • Reducir el coste |
| 234 | Turning Point "Benefits Realisation: Assessing the Evidence for the Cost Benefit and Cost Effectiveness of Integrated Health and Social Care". Londres, Turning Point, 2010, pp. 54. | Revisión de la literatura | Personas mayores dependientes o en riesgo de dependencia | El proyecto LinkAge plus (Watt y Blair, 2009) implica a los propios usuarios en el diseño y puesta en marcha de servicios de atención sanitaria y social. Son servicios dirigidos a promocionar la independencia y el bienestar de las personas mayores. | Reducir el coste |

c) Aspectos metodológicos

Como se ha señalado, tres de los trabajos revisados recogen revisiones de la literatura, mientras que de los otros dos uno es un estudio controlado no aleatorio y otro un estudio pre y post sin grupo de control. En ambos casos la validez interna del estudio es pobre y la validez externa se ha considerado buena.

La revisión realizada por Hurstfield (2007) analiza como se ha dicho la relación coste beneficio de los servicios de vida independiente para personas con discapacidad en comparación con otros servicios tradicionales. El artículo se compone de una revisión de literatura (de aproximadamente 100 documentos) y de un estudio de cinco casos. Este estudio de casos se llevó a cabo con entrevistas en profundidad a los usuarios, políticos y representantes de los propios servicios. El análisis que se realiza de los costes y beneficios es a escala individual, del servicio y macro-económica (del dinero público). Por su parte, la revisión de Grabowski se centra únicamente en dos programas norteamericanos orientados a ampliar la capacidad de autodeterminación de personas mayores en riesgo de dependencia.

d) Eficacia de las intervenciones

Los objetivos que persiguen las intervenciones analizadas se centran preferentemente en incrementar la autodeterminación, el empoderamiento y el autocontrol de las personas usuarias (Hurstfield et al., 2007; Head y Conroy, 2005); mejorar la calidad de vida de las personas usuarias (Hurstfield et al., 2007; Richards et al. 2005; Head y Conroy, 2005) y mejorar su estado de salud (Hurstfield et al., 2007). También se plantean como objetivos incrementar el grado de satisfacción de estas personas con los servicios recibidos (Grabowski, 2008) y reducir el coste de los servicios prestados (Turning Point, 2010).

En lo que se refiere a incrementar el nivel de empoderamiento y autoeficacia, el estudio de Head y Conroy (2005) indica que con la intervención se ha conseguido un aumento significativo en el poder y en el control que las personas con discapacidad tienen sobre la toma de decisiones. De manera específica, la intervención ha permitido mejorar el proceso de contra-

tación; la elección de la persona de apoyo; la elección con quién vivir; la elección entre diferentes tipos de vivienda (casa y apartamento) o la elección del coordinador de caso. El control que ganan los individuos gracias a la intervención afecta tres áreas importantes de su vida: a) algunas personas se mudaron de centros formales a alojamientos independientes con apoyos; b) algunas personas recibieron apoyos y la ayuda de personas significativas en sus vidas; c) el apoyo de esas personas significativas provocó que la toma de decisiones por parte de los usuarios fuera realizada de mejor manera.

En el mismo sentido, en lo que se refiera a la mejora de las posibilidades de autodeterminación y autocontrol, la revisión de la literatura realizada por Hurstfield (2007) pone de manifiesto que los estudios que han analizado los distintos mecanismos que pueden englobarse dentro del movimiento de vida independiente han demostrado que, en estos programas, la percepción de las personas usuarias sobre el control que ejercen sobre su propia vida es mucho mejor que en los servicios tradicionales (Prince et al 1995, Nadash y Zarb 1994). Algunos estudios también señalan que, debido a su mayor flexibilidad, las alternativas de vida independiente pueden cubrir una gama más amplia de necesidades (Nadash y Zarb 1994). La otra cara de una mayor capacidad de elección y control, consiste en que el peso de tener que gestionar las ayudas (contratar al personal, etc.) recae sobre las familias en lugar de en los servicios (Wanless Report, 2006).

En lo que se refiere a la calidad de vida, el estudio de Head y Conroy (2005) pone de manifiesto cambios significativos favorables en el número de salidas que fomentan su integración social, en la satisfacción personal percibida y en la felicidad experimentada por parte de las personas usuarias del programa analizado. Por su parte, en el otro estudio controlado aleatorio (Richards, 2005) indica que el grupo que forma parte de la intervención experimenta una reducción significativa de horas de sueño durante el día en comparación con el grupo control. Además, se reduce la ratio de sueño día/noche en el grupo de tratamiento, sin que se produzcan sin embargo diferencias en el número de horas de sueño nocturno.

e) Resultados en términos de coste eficacia

De los dos estudios aleatorios controlados realizados, uno (Head y Conroy, 2005) resulta coste efectivo y el otro (Richards et al. 2005), por el contrario, se considera no dominante. En el primer caso los autores concluyen que los resultados no solamente muestran que la autodeterminación es una aproximación a la provisión de servicios que permite ahorrar dinero, sino que también los participantes perciben que tienen más elección, menos dominación profesional y en general una mejor calidad de vida. Desde ese punto de vista, los autores sostienen que la intervención individualizada evaluada en su trabajo es coste-efectiva ya que permite aumentar el poder y el control que las personas con discapacidad tienen sobre la toma de decisiones, mejora su calidad de vida y se reducen los costes asociados a la intervención. Efectivamente, la puesta en marcha de este servicio conlleva un descenso del 10% en relación a los servicios que utilizaban con anterioridad.

Los resultados de este programa de intervención evaluado por Richards (2005) muestran que como se ha dicho ciertas mejoras en las rutinas de sueño de una parte de las personas atendidas por el programas, pero no en todas ni en todos los indicadores previstos. El programa tiene además un coste cierto adicional, con lo que la intervención se considera no dominante. Por su parte, la revisión realizada por la entidad Turning Point (2010) pone de manifiesto que este tipo de servicios no solamente fueron coste-efectivos por reducir la duplicidad de servicios y proporcionar servicios adaptados a las necesidades y preferencias de las personas mayores, sino que se crean y se integran en proyectos e iniciativas ya existentes por lo que permiten prevenir el gasto de inversión inicial de puesta en marcha del servicio.

5. CONCLUSIONES

Las revisiones sistemáticas de la literatura científica son, como se ha señalado en el capítulo introductorio, una herramienta de la máxima importancia en el desarrollo del paradigma de la intervención social basada en la evidencia. El hecho de haber llevado a cabo una revisión sistemática de la literatura existente sobre la relación coste efectividad de las intervenciones sociosanitarias basadas en un modelo de atención comunitaria y centrada en la persona permite no sólo conocer el contenido de estas intervenciones y su efectividad, sino, también, analizar en qué medida suponen un ahorro para sus financiadores y en qué medida permiten obtener los mismos resultados, o incluso mejores, con un menor coste económico. Todo ello puede contribuir a definir los elementos que deberían formar parte de un modelo eficiente de atención comunitaria a las personas mayores y/o con discapacidad en Euskadi.

No obstante, para valorar adecuadamente los resultados de este trabajo, conviene tener presentes algunas limitaciones que se derivan tanto de la propia metodología de las revisiones

sistemáticas, como del diseño de los estudios de evaluación económica incluidos y de la naturaleza de los estudios de coste efectividad.

5.1. Limitaciones del estudio

La primera característica metodológica a la que hay que hacer referencia en relación a este informe es la amplia gama de intervenciones que han sido incluidas en la revisión y su notable heterogeneidad. En ese sentido, no se ha optado por evaluar un tipo de intervención claramente definido, sino una gama amplia de intervenciones que, si bien responden a unos criterios básicos comunes –la atención comunitaria frente a la institucional, las intervenciones centradas en el apoyo a las personas que residen en sus domicilios, o las intervenciones de carácter integral, adaptadas a los deseos y necesidades de las personas–, presentan una gran diversidad en cuanto a su formulación y objetivos. El hecho de haber recogido 18 tipos distintos de intervenciones puede en ese sentido ser considerado como un elemento positivo, en la medida en que permite evaluar el coste efectividad de una gama muy amplia de intervenciones, pero también como un elemento negativo, en la medida en que introduce una excesiva heterogeneidad en los enfoques analizados, desdibujando de alguna manera el modelo analizado y su coherencia interna.

Al margen de esta cuestión, las limitaciones del informe se refieren tanto a su carácter de revisión sistemática como a las características particulares de los estudios de coste efectividad.

En lo que se refiere a las revisiones sistemáticas, cabe indicar como una limitación propia de este tipo de metodologías que su alcance se restringe a estudios publicados en la literatura especializada y, en este caso concreto, a las evaluaciones económicas publicadas sobre coste-efectividad. Esto hace que las intervenciones incluidas sean servicios y programas implantados desde hace relativamente cierto tiempo, que han sido objeto de evaluaciones más o menos rigurosas, y que no se hayan podido incluir intervenciones más experimentales, de carácter innovador, que podrían tener cierto interés de cara a la definición del modelo de atención que se propone desarrollar en la CAPV. En ese sentido cabe señalar la posible existencia de

un cierto sesgo, de carácter metodológico, inherente a todas las revisiones sistemáticas de la literatura: en efecto, sólo son susceptibles de ser incluidos en estas revisiones aquellas investigaciones que llegan a ser publicadas y las que se basan en métodos experimentales, quedando fuera las evaluaciones de carácter más cualitativo, y, obviamente, las intervenciones que no han sido evaluadas y/o publicadas. Existe también, como ocurre en otras áreas de las ciencias sociales, un evidente sesgo cultural, en la medida en que la mayor parte de las publicaciones científicas en este ámbito son de procedencia anglosajona y recogen intervenciones realizadas en ese marco socioeconómico y cultural. Lógicamente, por otra parte, el listado de evaluaciones recogidas en el informe no es en modo alguno representativo del conjunto de intervenciones que se realizan, a partir de los principios de la atención comunitaria y la intervención individualizada, en cada uno de los ámbitos de intervención señalados, sino un listado de aquellos que han sido evaluados desde el punto de vista de la relación coste efectividad (y cuyos resultados, por otra parte, han sido publicados en los canales científicos habituales).

Una segunda limitación importante de este tipo de revisiones es el hecho de que se comparen estudios realizados a partir de metodologías muy diferentes: estudios controlados de carácter aleatorio y no aleatorio con grupos de intervención y de control, estudios pre y post de un mismo grupo, revisiones de literatura, estudios de casos, estudios exploratorios... Si bien se ha realizado un proceso de selección riguroso para descartar, de los estudios hallados en primera instancia, aquellos que no cumplían con unos requisitos metodológicos básicos, es obvio que no todos los estudios contenidos en la revisión tienen el mismo valor metodológico y, por tanto, que sus resultados tampoco tienen idéntico valor a la hora de extraer unas conclusiones globales. En el informe se recoge la validez interna y externa de todas las evaluaciones analizadas, y sus características metodológicas. Sin embargo, pese a las diferencias existentes en ese aspecto, se ha renunciado a ponderar las investigaciones analizadas en función de su calidad metodológica, lo que puede implicar un cierto sesgo o distorsión a la hora de interpretar los resultados agregados.

Las principales limitaciones del informe se refieren, sin embargo, a la naturaleza de las evaluaciones económicas sobre coste efectividad. La principal característica de este enfoque es su carácter relativo: es decir, las intervenciones objeto de análisis se evalúan siempre en rela-

ción a una situación alternativa concreta, ya sea una intervención distinta, ya sea la ausencia de intervención. Ello quiere decir que un programa considerado coste efectivo lo es en relación a una situación concreta determinada, pero que puede no serlo en relación a otra. Por ello la extrapolación de su coste efectividad no es siempre sencilla o automática. En el mismo sentido, también hay que señalar que si bien en casi todos los casos la intervención analizada se compara con otra que no responde al modelo de intervención comunitaria e individualizada propuesto, en algunos casos no ocurre así, y se comparan dos intervenciones que, *grasso modo*, podrían responder a un mismo modelo comunitario e individualizado. Esta dificultad se acrecienta si se tiene en cuenta la dificultad, incluso terminológica, que se produce en ocasiones para determinar si una intervención específica –ya sea la sometida a análisis, o ya sea la utilizada como referente– responde o no al modelo de intervención comunitaria e individualizada que en última instancia se ha querido valorar.

Por otra parte, aunque parezca obvio, se debe advertir que una intervención que ha resultado coste-efectiva en determinado contexto no tiene por qué serlo cuando se traslada a un contexto diferente. Es evidente que en la relación entre coste y efectividad de una intervención no sólo influyen las características de la propia intervención, y de la utilizada como referencia, sino que también tienen un impacto la configuración del sistema de servicios sociales o de salud en el que se inserta dicha intervención, o las características de la sociedad en su conjunto (características de la población, valores culturales, etc.). En este sentido, resulta imposible asegurar que una intervención coste eficiente va a continuar siéndolo cuando se “replica” en un contexto distinto. No obstante, reproducir la intervención original lo más fielmente posible es la única vía para garantizar que se ha hecho todo lo posible para obtener resultados similares.

En tercer lugar, una limitación importante de los estudios revisados es que la medición de los beneficios de la intervención se realiza necesariamente a través de un número limitado de indicadores (ya sean de capacidad funcional, de calidad de vida, etc.). En el ámbito sanitario, esto no suele ser un problema, ya que normalmente se trata de medir el efecto de la intervención sobre una patología concreta que se mide a través de indicadores precisos (análisis clíni-

cos bien establecidos para detectar la presencia de una enfermedad). En el ámbito social, sin embargo, los efectos de una intervención son mucho más complejos (pueden darse en numerosos ámbitos de la vida de la persona, e incluso variar de una persona a otra) y más difícilmente objetivables. La causalidad de los cambios experimentados, por otra parte, también suele ser mucho más difícil de aislar, en la medida en que confluyen cambios sociales, ambientales e individuales que no siempre pueden ser observados. Debido a ello, es posible que las intervenciones evaluadas en los estudios incluidos en esta revisión tengan efectos positivos (o adversos) que no se han podido medir a través de los indicadores utilizados en la evaluación. Dicho de otra manera, los estudios incluidos han analizado la efectividad y la relación coste-efectividad de determinadas intervenciones a la hora de conseguir unos objetivos concretos, lo que no permite extraer conclusiones acerca de su coste-efectividad en otros aspectos no evaluados, que podrían ser igualmente relevantes.

Además de la heterogeneidad en las metodologías de investigación utilizadas, también conviene hacer referencia a los distintos tipos de evaluaciones económicas incluidos en la revisión (básicamente estudios de coste eficacia, de coste utilidad, y de coste beneficio). En la mayor parte de los casos se comparan los costes y beneficios que produce una intervención frente a los costes y beneficios, medidos en los mismos términos, que produce otra. Pero en otras ocasiones lo que se mide son otros elementos: el ahorro que puede representar una intervención específica debido a la posterior reducción en el uso de servicios de mayor coste, la ganancia que representa un coste determinado frente a un nivel establecido de disposición social a pagar por una mejora en el estado de salud, etc. La inclusión en esta revisión de enfoques tan diferentes resulta positiva en la medida en que ha permitido ampliar el número de artículos revisados y las perspectivas en base a las cuales se analizan, pero resta a su vez coherencia a los resultados agregados.

También debe señalarse que no todos los artículos incluidos en la revisión tenían por objetivo principal la realización de un análisis coste efectividad. Si bien en la mayor parte de los casos sí era ese su objetivo principal, en otros el objetivo era otro, y los resultados de coste efectividad de las intervenciones analizadas han debido obtenerse indirectamente de la información facilitada en el artículo.

Finalmente, los estudios de coste-efectividad revisados frecuentemente adoptan la perspectiva del sistema sanitario, sin tener en cuenta adecuadamente la posible transferencia de costes entre sistemas. En efecto, algunas intervenciones se han mostrado eficaces a la hora de reducir el gasto en servicios sanitarios pero, dado que no se ha analizado la utilización de servicios sociales, la reducción del gasto sanitario podría estar asociada a una mayor utilización de otros servicios por parte de los sujetos de la investigación. De la misma manera, en algunos casos, se observa que el beneficio de la intervención en términos de mejora del estado de salud o de la calidad de vida se produce con un gasto sanitario menor y, por lo tanto, la intervención se considera coste-efectiva, aunque no se investiga si se produce un incremento de la utilización de servicios sociales o de otro tipo. Incluso en los casos en los que se controla adecuadamente el uso de servicios sociales, además de los sanitarios, resulta poco frecuente que se controle el peso de la atención informal o de los servicios adquiridos en el mercado privado. Por todo ello, en la mayoría de los casos resulta difícil descartar totalmente que, en lugar de producirse una reducción del coste de la atención, éste no se esté transfiriendo a otros sistemas públicos o a las propias familias.

5.2. Principales conclusiones

Con todo, a pesar de estas limitaciones, cabe insistir en que las conclusiones alcanzadas tras la realización de este informe constituyen una base sólida sobre la que ir construyendo un modelo de atención a personas mayores que no sólo sea más eficaz en términos de mejora de su grado de autonomía, su participación y empoderamiento, su grado de satisfacción con los servicios recibidos o, en definitiva, su calidad de vida, sino que, además, alcance esos objetivos de la manera más eficiente posible desde el punto de vista económico, permitiendo utilizar los recursos allí donde más útiles pueden resultar.

La solidez de las conclusiones se deriva fundamentalmente del elevado número de investigaciones analizadas y del cumplimiento de una serie de criterios temáticos y metodológicos estrictos para su inclusión en la revisión. Aun teniendo en cuenta las limitaciones señaladas

en el punto anterior, la revisión de la literatura realizada ofrece unas conclusiones generales que establecen, con claridad, el carácter coste efectivo de la mayor parte de las intervenciones analizadas. Una extrapolación lógica de estos datos permite afirmar que la puesta en práctica de un modelo de atención basado en este tipo de intervenciones en la CAPV sería potencialmente coste-efectiva. En ese sentido, cabe pensar que el desarrollo de este tipo de intervenciones permitiría no sólo mantener o mejorar la situación de las personas atendidas en términos de calidad de vida, mejora del estatus funcional y de salud, autodeterminación, integración o satisfacción con los servicios prestados sino, además, de hacerlo destinando a esos programas un nivel de recursos económicos igual o inferior.

Junto a esta conclusión general, los resultados más significativos de la revisión realizada son los siguientes:

- Se han detectado cinco tipos de intervenciones –la gestión de casos, las ayudas tecnológicas y para la adaptación de la vivienda, los programas de autocuidado, las fórmulas de alojamiento en la comunidad y la atención intermedia– que: a) han sido sometidas a un número elevado de evaluaciones, y b) resultan mayoritariamente coste efectivas. Desde ese punto de vista, y aun teniendo en cuenta las limitaciones señaladas en el epígrafe anterior, cabe pensar que cualquier modelo de atención comunitaria e individualización de los cuidados que quiera desarrollarse en nuestro entorno deberá incorporar en la mayor medida posible este tipo de intervenciones.
- Existe otro grupo de intervenciones –los servicios sociosanitarios integrados, la ayuda a domicilio, y los programas de individualización de la atención– que también resultan mayoritariamente coste efectivos, si bien el número de evaluaciones revisadas es sustancialmente menor, y la base para sostener su coste efectividad es por tanto más limitada.
- Por último, hay un número relativamente elevado de intervenciones –los programas de prevención de caídas, los servicios de día, las visitas domiciliarias preventivas, los

servicios de respiro, las asignaciones económicas individuales, los servicios de rehabilitación, los servicios de recapitación a domicilio o los servicios de acompañamiento– que no han podido demostrar su coste efectividad.

- En la mayor parte de estos casos, sin embargo, el número de evaluaciones revisadas es reducido, por lo que su carácter no coste efectivo no puede establecerse con rotundidad. Además, cabe señalar que en pocos casos los programas se consideran no coste efectivos (es decir, no consiguen resultados mejores al mismo o inferior coste); por lo general, estos estudios arrojan resultados no concluyentes o muestran una relación coste efectividad no dominante (en la que, generalmente, se obtienen mejores resultados a costes superiores, o el gasto realizado es mayor que el ahorro inducido).
- No puede decirse, por otra parte, que la metodología empleada implique un sesgo importante en los resultados. Los estudios que han utilizado una metodología a priori más exigente, los estudios controlados aleatorios, resultan coste efectivos en el 67% de los casos y los estudios controlados no aleatorios en el 66%. Ambos tipos de estudios se encuentran, de hecho, entre los que registran un porcentaje más elevado de resultados coste-efectivos.
- El relativamente elevado número de investigaciones no concluyentes pone de manifiesto la necesidad de intensificar los esfuerzos dirigidos a analizar la relación coste efectividad de los programas, sobre todo en aquellos casos en los que los resultados parecen menos claros (servicios de respiro, de atención diurna, de prestaciones económicas, etc.). En ese sentido, la revisión realizada en este informe puede contribuir al diseño, en la CAPV, de un modelo de evaluación económica que permita establecer, con el necesario rigor, la relación coste efectividad de los diversos servicios y prestaciones.

Con esta base, los elementos que cabe subrayar para la para la definición de un modelo de atención en la CAPV son las siguientes:

- La coordinación de los servicios sociales y sanitarios se ha mostrado altamente coste-efectiva, especialmente cuando se consigue la integración total de la atención para determinado colectivo. Aún en los casos en los que la completa integración no resulta posible por limitaciones organizativas, uno de sus elementos clave, la gestión de casos, sí resulta coste-efectiva incluso cuando se aplica de forma aislada. Esta forma de trabajo supone trabajar en equipos multidisciplinares y designar a un gestor de casos, que adoptará la responsabilidad de coordinar y hacer un adecuado seguimiento de toda la atención que requiere la persona mayor. Este enfoque coincide, precisamente, con el adoptado en la iniciativa experimental *Etxean Ondo* desarrollado por la Fundación Matia.
- La promoción de la salud de las personas mayores por medio de programas de autocuidado también resulta una intervención preventiva altamente coste-efectiva que se podría implantar en el modelo que la Fundación Matia está desarrollando. Estas intervenciones, cuando están bien insertadas en la rutina de la persona mayor e implican la realización de actividades significativas relacionadas con la vida diaria, pueden mejorar el estado de salud de los mayores y suponer un importante ahorro para los servicios sanitarios y sociales.
- Las fórmulas de alojamiento residencial para personas mayores deben estar bien insertadas en su comunidad, permitiendo la participación de las personas en la mayor medida posible. Aunque no puede garantizar la calidad de la atención, ésta se ve favorecida en entornos pequeños con un ambiente hogareño. La investigación llevada a cabo en el ámbito de la discapacidad pone de manifiesto en cualquier caso que las economías de escala sólo se producen a partir de tamaños muy reducidos, inferiores a tres plazas.
- La adecuada prestación de ayudas técnicas y pequeñas adaptaciones en la vivienda puede suponer un importante ahorro de recursos, en la medida en que previene la utilización de servicios más costosos, tal y como han puesto de manifiesto los estu-

dios revisados. En este sentido, un programa de adaptaciones mínimas complementario al servicio de ayuda a domicilio –ayudas técnicas para facilitar la entrada y salida de la bañera (alfombra, asideros y tabla de transferencia), sentarse y levantarse del retrete (elevador de retrete y asideros) y de la butaca (alzas), el desplazamiento en el interior de la casa (bastón) y entrada y salida de la cama (alzas cama y barandilla)– podría suponer un importantísimo ahorro para la administración si se proveyera de forma sistemática a todas las personas usuarias del servicio que la necesitan.

- Los servicios de respuesta rápida y de intervención en crisis, dirigidos a personas mayores y con discapacidad en riesgo de ser admitidos a un hospital o a un centro residencial (por un accidente o emergencia) pueden liberar camas hospitalarias y prevenir ingresos residenciales definitivos, suponiendo un importante ahorro para la administración.

- De acuerdo con los resultados de esta revisión, los servicios de respiro deberían limitarse, de momento, al respiro residencial, el único que ha demostrado algún grado de coste-efectividad. Por otra parte, hay que tener en cuenta que en el caso de personas mayores cuidadas por sus cónyuges, los servicios de respiro residencial, más que prevenir el ingreso definitivo pueden provocarlo o precipitarlo. Sí se consideran una intervención coste-efectiva y de carácter preventivo en el caso de personas mayores que son cuidados por sus hijos/as.

- La capacitación a domicilio, a pesar de que todavía no se ha podido demostrar de forma concluyente su coste-efectividad, tiene muchas posibilidades de resultarlo, por su capacidad de reducir las necesidades de ayuda formal de las personas que pasan por el servicio, por lo que se recomienda su adopción al menos de forma experimental.

