

Modelo de atención sanitaria y su financiación en centros residenciales de personas mayores dependientes de la CAPV

Elena Elósegui Vallejo

Servicio de Admisión y Documentación Clínica,
Hospital Universitario Donostia, Osakidetza
<mariaelena.eloseguivallejo@osakidetza.net>

M^a José Goñi Agudo

Comarca de Gipuzkoa, Osakidetza

Belén Elizalde Sagardia

Dirección Territorial del Departamento de Salud,
Gobierno Vasco

Nerea Lertxundi Iribar

Universidad del País Vasco/
Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU)

Ane Bustinduy Ojanguren

LKS, S. Coop.

Juan José Calvo Aguirre

Zorroaga Fundazioa-Fundación Zorroaga

Esku artean duzun lan honek Euskal Autonomia Erkidegoko pertsona adinduen egoitzek zein arreta-eredu sanitario jarraitzen duten aztertzen du, eta eredu horrek zein kostu duen jakiteko azterketa ekonomiko bat egiten du. Alde batetik, datu kuantitatiboak jaso ditugu, lkerketa eta Dokumentazio Zentrotik (SIIS), Foru Aldundietatik, Osasun Sailetik eta Osakidetzatik. Beste alde batetik, datu kualitatiboak ere jaso ditugu, landalana eginez: adituei egindako elkarrizketen bitartez, galdetegi baten erantzunak jasota, eta hiru Lurralde Historikoetan egindako saioen bitartez. Arreta sanitarioaren gastua kalkulatzeko langileriak –sendagileak eta erizainak– sortzen duen gastua eta materialetan –sanitarioa eta farmaziakoa– gastatzen dena batu dira. Arreta sanitarioak 12,94 euro balio ditu eguneko, eta bere ordainketa horrela banatzen da: % 55,6 osasun-sistemak ordaintzen du (osasun- eta farmazia-materialari dagokiona), eta % 44,6 Gizarte Zerbitzuek eta Osasun Sailak ordaintzen dute, neurri desberdinean, Lurraldearen arabera.

HITZ -GAOAK:

Osasunaren arreta, pertsona adinduak, bizitzeko zentrozen eredu, egitea, hornidura, finantzaketa.

Este trabajo pretende analizar el actual modelo de atención sanitaria en centros residenciales de personas mayores en la Comunidad Autónoma del País Vasco y describir el gasto aproximado que dicho modelo de prestación representa para las instituciones implicadas. Se han utilizado datos cuantitativos recogidos en el SIIS Centro de Documentación y Estudios, las diputaciones forales, el Departamento de Salud del Gobierno Vasco y Osakidetza. Se ha recogido información cualitativa mediante entrevistas a personas expertas, la cumplimentación de un cuestionario y sesiones de trabajo en los tres territorios históricos. El cálculo del gasto de la asistencia sanitaria se ha obtenido sumando el gasto de personal (atención médica y de enfermería), material sanitario y de farmacia. El coste/día calculado de la atención sanitaria es de 12,94 €, distribuido entre un 55,6 % financiado por el sistema sanitario (material sanitario y de farmacia) y un 44,6 % cofinanciado entre los servicios sociales y el Departamento de Salud del Gobierno Vasco.

PALABRAS CLAVE:

Atención sanitaria, personas mayores, centros residenciales, modelo, financiación.

1. Introducción

1.1. El envejecimiento poblacional

El envejecimiento poblacional es un fenómeno global (Aral *et al.*, 2012; Smith *et al.*, 2012) y cada vez es mayor el número de personas que alcanza edades muy avanzadas (Pérez Díaz, 2010). En España, el número de personas mayores de 65 años ha aumentado un 20,8% desde 1996, llegando a 7.484.392 personas en 2006, y con una previsión de 8.527.686 personas para 2015 (un 14% más) [Deloitte, 2008]. En relación a la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV), el índice de envejecimiento (relación entre la cantidad de personas adultas mayores, y la cantidad de niños y jóvenes) ha aumentado en los últimos 50 años desde un 8% hasta casi un 20%, siendo dicho aumento similar en los tres territorios y ligeramente aminorado por el flujo migratorio de la última década. Como consecuencia, la supervivencia de personas con altos niveles de dependencia funcional y problemas crónicos de salud es una realidad creciente. Esto, unido a la nucleación familiar y a una incorporación global de la mujer al mundo laboral, ha generado una necesidad de institucionalizar la atención de los cuidados de las personas mayores.

La población mayor que vive en centros residenciales tiene unas necesidades de atención y cuidados que se derivan de su estado de salud y su nivel de dependencia y, además, tiene una expectativa de supervivencia que ha aumentado y continúa aumentando. La esperanza de vida a principios del siglo XIX estaba en 34 años, y en la actualidad está en los 82,34 años y continúa en ascenso. Desde esta perspectiva parten las necesidades de atención multidisciplinar para atender a la población mayor y apoyar la medicina geriátrica (Aral *et al.*, 2012).

1.2. La Ley de Promoción de la Autonomía y Atención de la Dependencia

La aprobación en 2006 de la popularmente conocida como Ley de la Dependencia (Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia) ha traído consigo un cambio ideológico fundamental en la atención a las personas mayores dependientes, al crear un cuarto componente del Estado de bienestar, junto a la sanidad, la educación y las pensiones (Pérez Díaz, 2010). Considerar las situaciones de dependencia como generadoras del derecho subjetivo a ser atendidas por la administración pública ha dado lugar a una reorganización de la atención residencial tradicionalmente considerada. En estos seis años de desarrollo de la ley, se ha producido un reordenamiento paulatino y progresivo de la población mayor que vive en el medio residencial.

Este reordenamiento se ha orientado hacia la institucionalización permanente de personas con mayores problemas de salud y dependencia (Smith *et al.*, 2012) que no podían resolverse de manera adecuada en su medio domiciliario o sociofamiliar. Se ha

analizado la repercusión que genera el desarrollo de la ley en la adjudicación de recursos y, se concluye, en la necesidad de mejorar la coordinación entre la atención social y la sanitaria.

Actualmente, la gran mayoría de las personas que ingresan en una residencia de mayores lo hacen porque ya no se valen por sí mismas. Esta situación es consecuencia de su condición de salud y un nivel de dependencia por el que no pueden seguir viviendo en su entorno. El resultado es que la población que vive en residencias cada vez tiene más problemas de salud y más necesidad de cuidados. En muchos casos es desde el entorno sanitario (primario o secundario) donde se detecta la nueva situación de dependencia, que, unida a los procesos morbosos, da lugar a una necesidad de cuidados de larga duración. Ésta es la realidad de la población residencial actual: persona muy mayor, dependiente y con pluripatología.

El instrumento de medida de la dependencia que se aplica es el Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD), establecido por el Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, que clasifica los niveles de dependencia en cuatro niveles básicos (0, 1, 2 y 3).

Cabe destacar que la población dependiente en España ha aumentado un 23,7% desde 1999 hasta 2006, y se estima que en 2015 llegará a 1.394.857 personas. El grupo de población dependiente que más aumentará será el de las personas mayores de 80 años. Los otros dos grupos (el de las personas de entre 65 y 79 años y el de las menores de 65 años) se mantendrán más o menos constantes (Deloitte, 2008).

La población que está yendo a vivir a las residencias está formada, en su gran mayoría, por personas altamente dependientes que tienen un nivel de dependencia 2 o 3 en el BVD.

1.3. Servicios sociales y sanidad

Las necesidades sanitarias se han acrecentado y la respuesta a éstas se ha acompañado de una 'sanitarización' de las residencias de mayores. La participación de profesionales sanitarios ha aumentado como consecuencia de esas necesidades de asistencia y cuidados, pero ello no se ha acompañado del desarrollo de un modelo de atención sanitaria en el medio residencial. El decreto por el que se regulará la Cartera de Prestaciones y Servicios, en desarrollo de la Ley de Servicios Sociales de la CAPV (12/2008), sentará las bases de la atención residencial en la CAPV.

Un informe de la OMS de 2008, identifica la necesidad de reformas de los sistemas de salud en cuatro sectores, que vamos a intentar acomodar al ámbito sanitario residencial:

- Reformas de alcance universal para mejorar la equidad sanitaria.
- Reformas de la dirección para aumentar la confianza en las autoridades de salud.

- Reformas de las políticas públicas para fomentar y proteger la salud de las comunidades.
- Reforma de la prestación de los servicios para hacer que los sistemas de salud estén más centrados en las personas.
- Realizar un estudio económico para describir el gasto aproximado que dicho modelo de prestación representa para las instituciones implicadas.

3. Metodología

1.4. Contexto

En la CAPV se ha optado, para la construcción del espacio sociosanitario, por un modelo de coordinación entre todas las instituciones competentes en la materia, basado en la armonización de sus respectivas políticas. Este modelo se recogió en el convenio de colaboración suscrito el 30 de enero de 2003 entre el Gobierno Vasco, las diputaciones forales de Álava, Bizkaia y Gipuzkoa, y EUDEL-Euskadiko Udalen Elkartea-Asociación de Municipios Vascos. En este documento, se configuró una estructura organizativa presidida por el Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria (CVASS), ratificada por la Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales, en su artículo 46.6.

El 28 de febrero de 2011, el CVASS aprobó el *Documento marco para la elaboración de las directrices de la atención sociosanitaria en la Comunidad Autónoma Vasca*. Las líneas de trabajo que se plantean en él se basan en la filosofía de responder a la creciente demanda sociosanitaria de la población vasca, no sólo mediante la incorporación de nuevos recursos, sino a través de la reorganización y coordinación del sistema social y el sistema sanitario, aprovechando las sinergias y los recursos de ambos, con el objetivo último de alcanzar un modelo sociosanitario desarrollado, coherente y sostenible, identificando como su principal actor a la persona usuaria en su entorno habitual de residencia.

En esta dirección, en la sesión del Consejo celebrada en febrero del 2012 se priorizó, entre otros objetivos, la necesidad de desarrollar un nuevo modelo de atención sanitaria en las residencias de personas mayores. Este modelo, alineado con el documento marco, debía garantizar una asistencia sanitaria integral, continuada, equitativa, de calidad y sostenible a la población residente en centros de personas mayores como colectivo poblacional específico y, teniendo en cuenta nuestro marco institucional, debía ser consensuado entre todos los agentes implicados.

Dado que hasta la actualidad no existe ningún trabajo que analice la situación real de la atención sanitaria de personas mayores en la CAPV, ni su coste económico, creemos que es de suma importancia su realización con el fin de detectar las necesidades del sistema actual y optimizar los recursos disponibles.

2. Objetivo

Este artículo tiene dos objetivos generales:

- Realizar un análisis del actual modelo de atención sanitaria en centros residenciales de personas mayores en la CAPV.

3.1. Metodología para el análisis del actual modelo de atención sanitaria en centros residenciales de personas mayores en la CAPV

Para analizar la atención sanitaria que se presta en los centros residenciales, primer objetivo del trabajo, se han utilizado datos cuantitativos recogidos en el SIIS Centro de Documentación y Estudios (sobre el número de plazas y la cobertura de centros residenciales destinados a la población mayor), en las diputaciones forales, el Departamento de Salud del Gobierno Vasco y en Osakidetza (datos actuales más relevantes sobre las plazas residenciales en la CAPV, el número de plazas y su distribución según el tamaño del centro, y la distribución del total de residencias y plazas según adscripción del personal médico).

Por otra parte, se ha recogido información cualitativa mediante un trabajo de campo consistente en: a) entrevistas a personas expertas; b) cumplimentación de un cuestionario por un total de 136 profesionales sanitarios; y c) doce sesiones de trabajo en los tres territorios históricos. El contenido de las entrevistas estructuradas abarcaba los siguientes apartados principales: perfil y ubicación de las personas residentes, recursos humanos y atención sanitaria, recursos técnicos, ingresos hospitalarios actuales, consumo de otros recursos sanitarios, formación de los profesionales sanitarios e indicadores de calidad en atención sanitaria residencial. La encuesta contenía preguntas tanto abiertas como cerradas sobre indicadores de calidad (estructura, proceso y resultado), con el fin de conocer la opinión de los profesionales.

3.2. Metodología para el cálculo del gasto de la asistencia sanitaria

El cálculo del gasto de la asistencia sanitaria se ha obtenido del gasto que produce el personal (atención médica y de enfermería), el material sanitario y la farmacia.

Las diferencias en la configuración y tipología de centros residenciales que existen actualmente en la CAPV son fruto, entre otras razones, de una historia, estructura sociodemográfica, distribución de la población, planificación y despliegue de las políticas sociales y de los recursos sanitarios diferentes entre los tres territorios históricos, junto con la respuesta más bien reactiva del sistema sanitario ante las demandas que se le han presentado. Por ello, el punto de partida para la elaboración del estudio económico es muy diverso, y se ha tenido que abordar desde un enfoque global y de cálculos medios, con

el objetivo de determinar las principales magnitudes del gasto: su distribución y financiación.

3.2.1. Metodología para el cálculo del gasto del personal (atención médica y de enfermería)

Para realizar el estudio económico, se han excluido las plazas privadas.

3.2.1.1. Atención médica

En lo que respecta a la atención médica, identificamos básicamente cuatro realidades:

- Personal médico contratado por el centro con dedicación exclusiva al centro y, por tanto, parte integrante del equipo profesional sanitario de la residencia.
- Personal médico contratado por el centro, que visita algunos días por semana a las personas residentes. Esta segunda modalidad parece ser más frecuente, aunque no exclusiva, en centros pequeños.
- Personal médico de Osakidetza con dedicación exclusiva a un centro residencial, situación no muy común, pero que existe, sobre todo en Gipuzkoa y, en algún caso, también en Álava y Bizkaia.
- Personal médico de Osakidetza que visita algunos días a la semana a las personas residentes.

Esta diversidad en cuanto a tiempos de dedicación en parte tiene que ver con el tamaño del centro residencial, pero no es éste el único factor que la determina. Ante esta situación, se ha optado por tomar como referentes los tiempos medios de dedicación que marca el sistema social, y en concreto, los especificados en Gipuzkoa y Bizkaia, y extrapolarlos al conjunto. Así, estimando una media de dedicación de 2,4 minutos médico-a/residente dependiente y estimando una jornada anual media de 1.752 horas/año, resulta necesario que exista un profesional médico por cada 120 residentes (dato contrastado con el sector provisor de servicios, considerado como una ratio media).

3.2.1.2. Atención de enfermería

En lo que respecta a la enfermería, no se da la diversidad contractual que se aprecia en el personal médico, ya que prácticamente siempre, exceptuando algún caso puntual que atiende Osakidetza, se trata de personal contratado por el centro residencial. A la hora de considerar la dedicación de enfermería a la atención sanitaria de las personas mayores residentes, también se han tenido en cuenta los tiempos medios estimados y se ha consultado con el sector provisor de servicios. Con todo ello, se ha estimado una media de una persona de atención de enfermería por cada 25 residentes.

3.2.2. Metodología para el cálculo del gasto en material sanitario

El gasto en material sanitario recae en las comarcas de atención primaria. Para calcularlo, se han tenido en cuenta los suministros de material, que se proveen a los centros residenciales, asimilables a los que se disponen en las consultas de los centros de salud.

3.2.3. Metodología para el cálculo del gasto en farmacia

Para el cálculo del gasto en farmacia, únicamente se va a tener en cuenta el gasto generado por la prescripción del personal médico habilitado.

4. Resultados

4.1. Resultados del análisis del actual modelo de atención sanitaria en centros residenciales de personas mayores en la CAPV

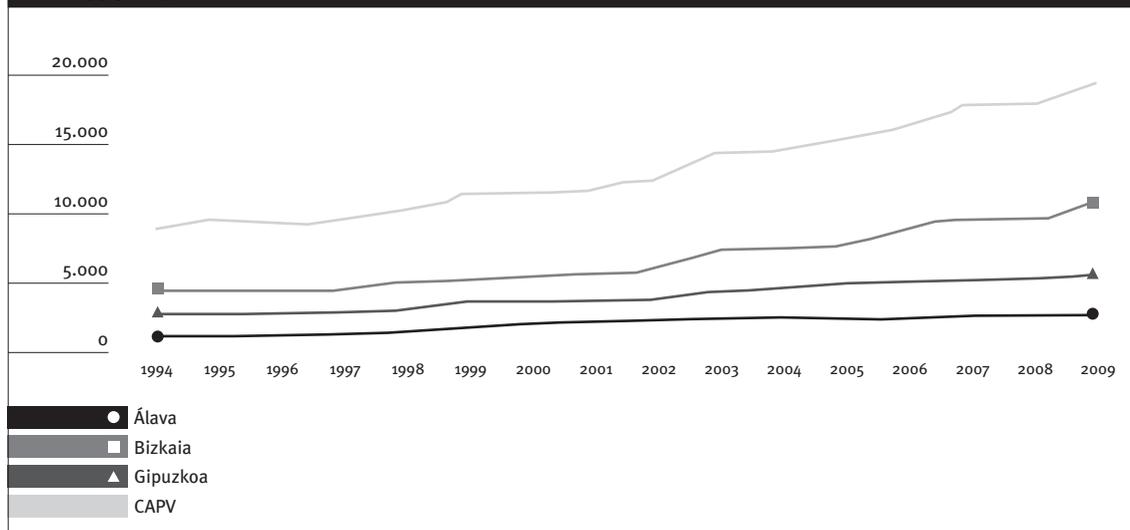
4.1.1. Resultados cuantitativos

Las necesidades de atención residencial han sido crecientes en los últimos veinte años. En los Gráficos 1 y 2, según los datos recogidos por el SIIS Centro de Documentación y Estudios, se refleja la progresiva implantación de plazas residenciales en los tres territorios durante el periodo 1994-2009. El crecimiento ha sido muy importante en general, duplicándose el número total de plazas; destaca el crecimiento en Bizkaia, donde esa cifra se ha multiplicado por 2,4.

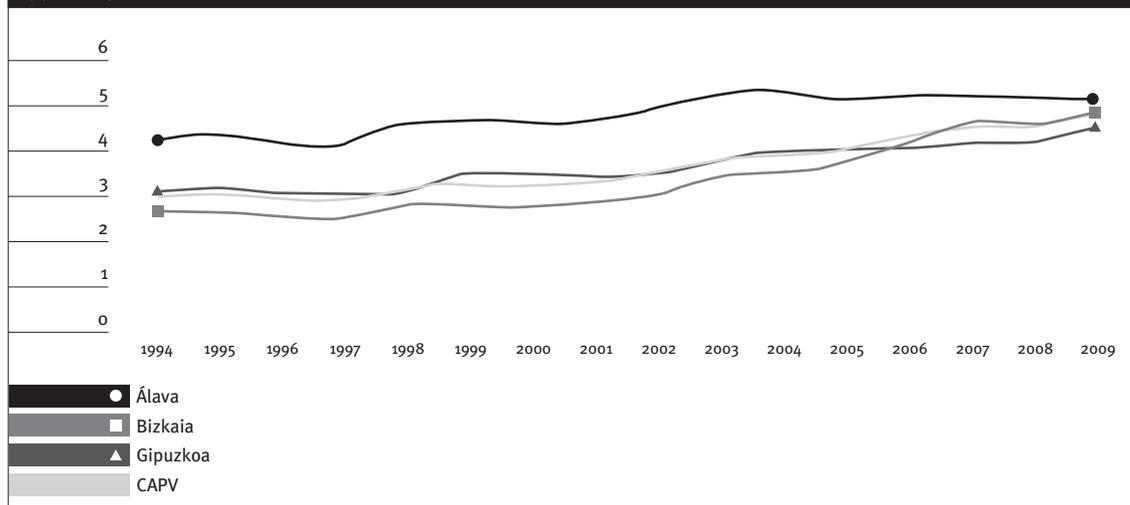
Las plazas residenciales existentes en la CAPV son 17.746, lo que ofrece una ratio de cobertura en la población mayor de 65 años del 4,2 %. Se detectan algunas diferencias interterritoriales, con una tasa de cobertura más amplia en el territorio histórico de Bizkaia, con respecto a los de Álava y Gipuzkoa. También se observan algunas diferencias intercomarcas, que se pretenden solventar con el desarrollo de la Ley de Servicios Sociales de 2008.

En Álava, la red residencial se desarrolla principalmente bajo el amparo de la administración pública, y experimenta un importante crecimiento en las décadas de los ochenta y noventa del siglo pasado. Esto ha dado lugar a unas residencias con una dotación profesional cualificada, ratios de atención altas y costes de financiación elevados. En los últimos veinte años, la creación de nuevas plazas residenciales no se ha acompasado con el envejecimiento poblacional y se ha producido un descenso paulatino de la ratio de cobertura con respecto a la población mayor de 65 años. En el contexto de este territorio, se detectan diferencias en la capital, con respecto al mundo rural.

En Bizkaia, la red residencial se desarrolla más tardíamente que en Álava y el auge de la creación de

Gráfico 1. Evolución del número de plazas de centros residenciales para personas mayores, por territorios históricos. CAPV, 1994-2009

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recogidos por el SISIS Centro de de Documentación y Estudios.

Gráfico 2. Evolución de la cobertura* de centros residenciales para personas mayores, por territorios históricos. CAPV, 1994-2009

* Número de plazas por cada cien personas de 65 o más años.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recogidos por el SISIS Centro de de Documentación y Estudios.

nuevas plazas tiene lugar en el periodo 1990-2010, llegando a una tasa residencial del 4,4 %. Las plazas residenciales surgen principalmente de la iniciativa privada, aunque los últimos años se produce una tendencia progresiva a la concertación con la Diputación Foral de Bizkaia. Las exigencias profesionales, tanto en ratios como en cualificación profesional, son menores, y ello se traduce en un precio de plaza concertada inferior a los de Gipuzkoa y Álava.

En Gipuzkoa, se aprecia un desarrollo intermedio entre Bizkaia y Álava, con un grupo numeroso de residencias dependientes de ayuntamientos o de fundaciones sin ánimo de lucro, que, en los últimos

veinte años, se complementan con la creación de nuevas residencias por parte de la iniciativa privada. Gipuzkoa dispone de una Cartera de Servicios Residenciales (Departamento para la Política Social, 2006), que exige, para la concertación de plazas con la Diputación Foral, unas ratios mínimas de cobertura profesional y unos indicadores básicos de seguimiento de la actividad. Esto se relaciona con un precio de la plaza residencial concertada por encima del de Bizkaia.

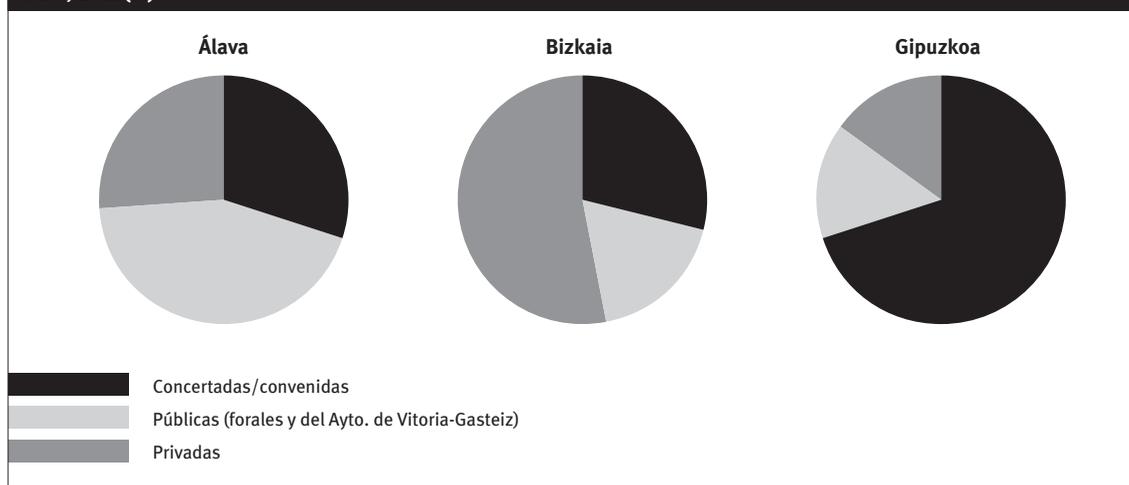
A continuación, se muestran los datos actuales más relevantes relativos a las plazas residenciales en la CAPV (Tabla 1, Gráfico 3 y Tabla 2).

Tabla 1. Distribución de los centros residenciales para personas mayores y plazas disponibles en ellos, por territorio histórico. CAPV, 2011

Territorio	Centros	Plazas							
		Autorizadas	Concertadas/ convenidas		Públicas (forales o del Ayto. de Vitoria-Gasteiz)		Total plazas públicas	Total plazas privadas	
			N	N	%	N		%	N
Álava	41	2.297	709	31	978	43	1.687	610	26
Bizkaia	149	10.150	3.061	30	1.882	18	4.943	5.207	52
Gipuzkoa	64	5.299	3.666	69	875	16	4.541	758	15
Total	254	17.746	7.436	41,9%	3.735	21	11.171	6.575	37

Fuente: Elaboración propia a partir de datos facilitados por las diputaciones forales.

Gráfico 3. Distribución de las plazas en centros residenciales para personas mayores, por tipología y territorio histórico. CAPV, 2011 (%)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos facilitados por las diputaciones forales.

Tabla 2. Distribución de los centros residenciales para personas mayores según su número de plazas, por territorio histórico. CAPV, 2011

Territorio	Centros	Total	Distribución de los centros según número de plazas					
			0-50 plazas		50-100 plazas		> 100 plazas	
			N	%	N	%	N	%
Álava	41	2.297	876	38,1	270	11,8	1.151	50,1
Bizkaia	149	10.150	2.297	22,6	2.277	22,4	5.576	54,9
Gipuzkoa	64	45.299	535	9,6	1.793	34,0	2.971	56,3
Total	254	17.746	3.708	20,8	4.340	24,5	9.698	54,7

Fuente: Elaboración propia a partir de datos facilitados por las diputaciones forales.

La asistencia sanitaria en los centros residenciales de personas mayores la presta principalmente personal médico y de enfermería, aunque intervienen también otros profesionales en su seguimiento, como son auxiliares y fisioterapeutas. Las diputaciones forales, que son el nivel institucional competente para asegurar la prestación de los servicios residenciales, exigen unos requisitos de acreditación a la hora de autorizar la apertura de centros residenciales, así como para el concierto o convenio de plazas, que incluyen, entre otros aspectos, la obligación de garantizar la asistencia sanitaria de las personas residentes a través de la prestación de servicios médicos y de enfermería, atención que puede ser prestada por

personal propio o de Osakidetza. A modo de ejemplo, la Diputación Foral de Gipuzkoa entiende como servicios sanitarios de obligado cumplimiento en un centro residencial los siguientes

- Servicios médicos:
 - Valoración integral/diagnóstico (plan atención individualizada).
 - Atención sanitaria preventiva: primaria, secundaria y terciaria.
 - Atención sanitaria general: tratamientos, medicación, seguimiento.
 - Atención en grandes síndromes geriátricos.

Tabla 3. Distribución de los centros residenciales para personas mayores y las plazas disponibles en ellos, según adscripción del personal médico. CAPV, 2011

Territorio	Centros	Plazas	Con médico propio				Con médico de Osakidetza (dedicación plena o parcial)			
			Centros		Plazas		Centros		Plazas	
			N	%	N	%	N	%	N	%
Álava	41	2.297	26	63,4	1.765	36,6	15	76,8	532	23,2
Bizkaia	149	10.150	122	81,9	8.765	18,1	27	86,4	1.385	13,6
Gipuzkoa ¹	64	5.299	41	62,9	3.727	37,1	23	70,6	1.547	29,4
Total	254	17.746	189	74,4	14.257	25,5	65	80,4	3.464	19,6

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de las diputaciones forales, el Departamento de Salud del Gobierno Vasco y Osakidetza.

- Atención sanitaria específica y de urgencia.
 - Rehabilitación menor.
 - Valoración y atención nutricional y necesidades alimentarias.
 - Asesoramiento médico a usuarios y familias.
 - Traslados a centros sanitarios: programados y urgentes.
 - Seguimiento de usuarios hospitalizados.
- Servicios de enfermería:
 - Valoración integral/diagnóstico (plan de atención individualizada).
 - Despliegue y seguimiento del plan de atención individualizada.
 - Atención de enfermería preventiva.
 - Atención de enfermería: tratamientos, curas, obtención de muestras, constantes, seguimiento de enfermedades crónicas y agudas.
 - Control y gestión de la medicación de las personas residentes.
 - Gestión de material sanitario.
 - Asesoramiento de enfermería a usuarios y familias.
 - Seguimiento de usuarios hospitalizados.
- Estos servicios son prestados por personal médico contratado por las residencias (en plantilla) o por la red de atención primaria de Osakidetza. En el caso de la atención de enfermería, exceptuando algún caso puntual, siempre es personal contratado por el centro residencial.
- 4.1.2. Resultados cualitativos**
- A continuación, se recoge la síntesis del resultado cualitativo del trabajo de campo realizado a través de entrevistas a personas expertas, de la cumplimentación de un cuestionario por profesionales sanitarios y de las sesiones de trabajo:
- La situación de funcionalidad de la población residencial es similar en los tres territorios, y de ella se deduce que también lo son sus características clínicas.
 - La población mayor que vive en las residencias tiene un alto nivel de dependencia, en la gran mayoría de los casos derivada de una importante patología de base. Esta tendencia va en aumento.
 - La tasa global de plazas residenciales es ligeramente superior en Bizkaia, respecto a Gipuzkoa y Álava. La cobertura de plazas residenciales concertadas por la Administración es inferior en Bizkaia, respecto a Gipuzkoa y Álava.
 - Se detectan mayores dificultades en la atención de algunos perfiles de residentes, como personas con demencia y trastornos conductuales, psicosis residuales, alcoholismo, con trastornos de la personalidad o en situaciones de terminalidad.
 - No existe un criterio de concertación de plaza residencial común para los tres territorios históricos. Únicamente Gipuzkoa dispone de una normativa obligatoria para la concertación de plazas residenciales.
 - Según opinión mayoritaria de los expertos y expertas consultadas, el mayor consumo de recursos sanitarios externos especializados (Osakidetza) se relaciona con una menor cobertura médica y de enfermería por parte de la residencia. Se detecta discontinuidad de cuidados y posibles hospitalizaciones evitables.
 - No se conocen indicadores de seguimiento de la atención sanitaria residencial comunes para los tres territorios.
 - En las residencias de tamaño pequeño, se percibe una mayor dificultad para la atención y seguimiento de los casos clínicos más complejos.
 - La cobertura sociosanitaria, entendida como recurso diferenciado, no se ha desarrollado por igual en los tres territorios. Como consecuencia, la atención a esta población sociosanitaria se está realizando, en la práctica, en las propias residencias.
 - Se detectan diferencias en el cometido que desempeñan los profesionales sanitarios.
 - No existe un plan común de atención sanitaria para las personas mayores que viven en los centros residenciales.

¹ Entre las plazas autorizadas y la relación de residencias contabilizadas en Osakidetza según dispongan de médico propio o no arroja hay una diferencia de 25 plazas, que corresponden a otro tipo de centro residencial que se recogía en la información facilitada por Diputación. El porcentaje se ha calculado tomando como total la cifra de 5.274 plazas en las que disponemos del dato de la adscripción del médico.

4.2. Resultado del estudio económico

Como se ha señalado a lo largo del informe, el gasto de la atención sanitaria se focaliza en el gasto en personal, en farmacia y en material sanitario.

4.2.1. Gasto

4.2.1.1. Gasto en personal

Según los datos proporcionados por las diputaciones forales, el Departamento de Salud del Gobierno Vasco y Osakidetza, actualmente los centros y plazas residenciales públicas en residencias para personas mayores son las referidas en la Tabla 4.

Tabla 4. Plazas públicas en residencias para personas mayores. CAPV, 2011

Territorio	Concertadas/ convenidas	Plazas forales o del Ayto. Vitoria- Gasteiz	Total de plazas públicas
Álava	709	978	1.687
Bizkaia	3.061	1.882	4.943
Gipuzkoa	3.666	875	4.541
Total	7.436	3.735	11.171

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de las diputaciones forales, el Departamento de Salud del Gobierno Vasco y Osakidetza.

A partir de los datos recabados, el total de plazas públicas estimadas asciende a 11.171, (Tabla 4) de las cuales, como se aprecia en la Tabla 5, 6.753 (un 60,4 %), son asistidas por personal médico contratado por los centros residenciales.

Tabla 5. Centros residenciales para personas mayores y plazas públicas con médico propio. CAPV, 2011

Territorio	Centros	Plazas concertadas/ convenidas	Plazas forales o del Ayto. Vitoria- Gasteiz	Total de plazas públicas
Álava	26	385	964	1.349
Bizkaia	122	492*	1.818	2.310
Gipuzkoa	41	2.374	720	3.094
Total	189	3.251	3.502	6.753

* Este dato corresponde a las plazas convenidas en residencias municipales con médico propio. No se dispone del número de plazas residenciales concertadas en los centros de titularidad privada con médico propio.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de las diputaciones forales, el Departamento de Salud del Gobierno Vasco y Osakidetza.

La estimación general del gasto en personal médico y de enfermería, aplicando la ratio de atención marcada (120 residentes/médico y 25 residentes/enfermero-a), puede verse en las Tablas 6 y 7, respectivamente.

Tabla 6. Gasto general de personal médico en residencias para personas mayores. CAPV, 2011

Territorio	Plazas	Médico	
	N	Ratio	Coste (€)
Álava	1.349	11,24	730.600
Bizkaia	2.310	19,25	1.251.250
Gipuzkoa	3.094	25,78	1.675.700
Total	6.753	56,27	3.657.550

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de las diputaciones forales, el Departamento de Salud del Gobierno Vasco y Osakidetza.

El gasto de personal médico por plaza asciende a 541,61 €.

Tabla 7. Gasto general de personal de enfermería en residencias para personas mayores. CAPV, 2011

Territorio	Plazas forales			Plazas concertadas		
	N	Ratio	Coste (€)	N	Ratio	Coste (€)
Álava	978	39,12	1.760.400	709	28,36	921.700
Bizkaia	1.882	75,28	3.387.600	3.061	122,44	3.979.300
Gipuzkoa	875	35,00	1.575.000	3.666	146,64	4.765.800
Total	3.735	149,4	6.723.000	7.436	297,44	9.666.800

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de las diputaciones forales, el Departamento de Salud del Gobierno Vasco y Osakidetza.

El gasto global de enfermería asciende a 16.389.800 €. El gasto de personal de enfermería en una plaza foral es de 1.800 €, y en una plaza concertada, de 1.300 €. Según el cálculo aplicado, el gasto total de personal por plaza sería:

- En plazas forales: $541 \text{ €} + 1.800 \text{ €} = 2.341 \text{ €}$.
- En plazas concertadas: $541 \text{ €} + 1.300 \text{ €} = 1.841 \text{ €}$.

4.2.1.2. Gasto en farmacia

En relación a los gastos de farmacia, hay que recordar lo señalado anteriormente en el punto 3.2.3., esto es, que para su cálculo únicamente se va a tener en cuenta el gasto en farmacia generado por la prescripción del personal médico habilitado. El gasto en farmacia se detalla en la Tabla 8.

Con los datos disponibles, se aprecian diferencias notables entre territorios. Extrapolando el gasto medio obtenido al total de plazas públicas (11.171), obtendríamos que el montante global de gasto ascendería a 28.335.464 €.

Dado que, según los datos suministrados por las instituciones forales, el perfil de las personas residentes en cuanto a niveles de dependencia no es muy dispar entre los territorios –en especial, entre Gipuzkoa y

Tabla 8. Gasto anual en farmacia en residencias para personas mayores. CAPV, 2011

Territorio	Gasto en recetas (€)	Gasto en absorbentes (€)	Total (€)	Plazas	Gasto/plaza/año (€)
Álava ²	1.504.717	724.411	2.229.128	978	2.279,27
Bizkaia ³	14.148.496	5.484.606	19.633.102	8.098	2.424,43
Gipuzkoa ⁴	10.867.931	3.332.300	14.600.386	5.299	2.755,30
Total	27.035.815	9.647.912	36.462.616	14.375	2.536,52

Fuente: Direcciones Territoriales de Salud y elaboración propia.

Álava, que es justamente donde mayor dispersión aparente existe en el gasto de farmacia-, se debería profundizar y trabajar para mejorar el conocimiento del gasto real de este componente y analizar las razones de las diferencias.

4.2.1.3. Gasto en material sanitario

El gasto en material sanitario, calculado a partir de los datos disponibles, se recoge en la Tabla 9.

Tabla 9. Gasto anual en material sanitario en residencias para personas mayores. CAPV, 2011 (€)

Territorio	Gasto en material sanitario	Gasto/plaza/año
Álava ⁵	155.991	133
Bizkaia	745.560	73
Gipuzkoa ⁶	235.779	84

Fuente: Elaboración propia a partir de datos facilitados por Osakidetza.

Vista la disparidad de datos entre los tres territorios, cabe concluir que existe la posibilidad de que cada comarca no incluya el mismo material de suministro o que no sigan el mismo protocolo de suministro.

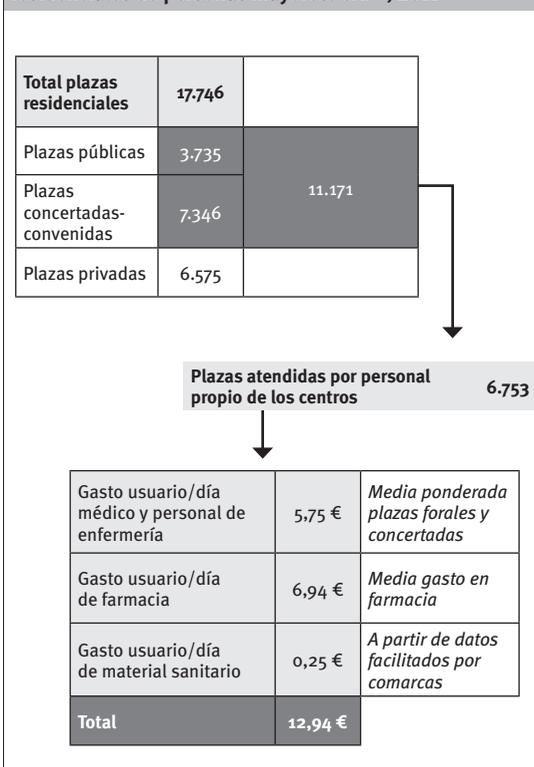
4.2.1.4. Aproximación a los gastos totales anuales de la atención sanitaria por plaza pública

La Figura 1 presenta, a modo de resumen, los gastos totales de la atención sanitaria correspondientes a

las plazas residenciales públicas que son atendidas por médicos habilitados⁷.

A falta de profundizar en los datos disponibles y de detallar más los gastos, el análisis realizado muestra que el gasto sanitario constituye una parte relevante del gasto residencial. Otro elemento destacable es el peso que tiene el gasto en farmacia dentro del gasto total; se trata de un gasto que está muy presente en el sistema sanitario y apenas –o no tanto– en el sistema social.

Figura 1. Principales cifras de gasto en los centros residenciales de personas mayores. CAPV, 2011



Fuente: Elaboración propia.

⁷ El gasto del personal médico de Osakidetza es un gasto global del sistema sanitario, independiente de que el paciente viva en un centro residencial.

² En el caso de Álava, el dato corresponde a las plazas de las residencias concertadas y públicas de la Diputación y Ayuntamiento.

³ En el caso de Bizkaia, el dato se corresponde con todas las plazas que disponen de médico habilitado.

⁴ En el caso de Gipuzkoa, el cálculo del gasto corresponde al total de plazas.

⁵ En el caso de Álava, el dato corresponde a las plazas de las residencias concertadas y públicas de la Diputación y el Ayuntamiento.

⁶ El gasto corresponde a las residencias ubicadas en el área de gestión de la comarca de Gipuzkoa (2.086 plazas) y de la organización sanitaria integrada (OSI) de Goierri-Alto Urola (566), lo que hace un total de 2.652 plazas residenciales.

4.2.2. Financiación del gasto

La financiación del gasto de la asistencia sanitaria recae en diferentes agentes o actores, según los estemos contemplando desde una mirada individual de los componentes del gasto, o desde una mirada global, que es el precio de la plaza pública de un centro residencial, que incluye, entre los servicios prestados, los sanitarios.

Desde una visión individual de los componentes del gasto, la financiación del personal médico y de enfermería es diferente si se trata de centros atendidos por Osakidetza o no.

- En un centro residencial atendido por Osakidetza, el gasto de personal que se debe compensar es el de enfermería, y su financiación proviene del precio de concertación. Los gastos de farmacia y de material sanitario corresponden al Departamento de Salud del Gobierno Vasco y a Osakidetza, respectivamente.
- En un centro residencial atendido por personal médico propio, el gasto de personal médico y de enfermería se financia por la concertación, siendo, a su vez, éstos los gastos que se contemplan en los convenios de colaboración suscritos entre Osakidetza, el Departamento de Salud del Gobierno Vasco y las diputaciones forales. Igual que sucedía con los centros atendidos por Osakidetza, los gastos de farmacia y material sanitario recaen en el Departamento de Salud del Gobierno Vasco y en Osakidetza.

Antes, por tanto, de mostrar cómo se distribuye la financiación de todos los gastos, es necesario analizar en el estudio económico el papel que juegan los convenios de colaboración. Éstos nacen para compensar el gasto en que las diputaciones incurren al hacerse cargo de la atención médica y de enfermería, que es competencia del Departamento de Salud del Gobierno Vasco. Siendo esto así, también es preciso señalar que los convenios acuerdan la financiación de unas ratios de cobertura de médico y de enfermería que no concuerdan con las que en algún caso exigen las diputaciones en la atención de las plazas concertadas y que no se han acordado con el Departamento de Salud ni Osakidetza.

El convenio suscrito en Gipuzkoa es el primero, data de 2001 y ha servido de referente al resto. Su alcance, como el de los demás, se circunscribe a las plazas públicas y concertadas que cuentan con médico propio. En este caso, el convenio recoge que la financiación de enfermería corresponde a todas las residencias, mientras que la financiación del personal médico incluye a todas las residencias que tengan 50 o más dependientes.

En Bizkaia, el convenio de colaboración suscrito data de 2007 y está dirigido a sufragar los gastos de las residencias propias de la Diputación, o concertadas/convenidas con un mínimo de cien plazas para personas mayores dependientes.

El convenio suscrito en Álava es el más reciente, se firmó en septiembre de 2011. Según recoge el texto, viene a compensar parte del coste que representa la atención médica y de enfermería a la Diputación Foral. La determinación de dicho coste se efectúa según unas ratios de atención de personal médico y de enfermería basadas en las que se establecieron en 2001 en Gipuzkoa.

De acuerdo con la información obtenida, los convenios territoriales estarían cubriendo en torno a un 50,5 % del gasto total en personal sanitario. En cuanto al gasto en material sanitario y de farmacia, está financiado completamente por el Departamento de Salud.

5. Conclusiones

- La población residencial de la CAPV está constituida por 17.000 personas, institucionalizadas en 254 centros residenciales. La tasa global de plazas residenciales es ligeramente superior en Bizkaia, respecto a Gipuzkoa y Álava. La cobertura de plazas residenciales concertadas por la Administración es inferior en Bizkaia, respecto a Gipuzkoa y Álava.
- El perfil de la población residencial es el correspondiente a personas mayores con niveles altos de dependencia (la mayoría, clasificadas en grados II y III), pluripatológicas y polimedcadas, con una estancia media en el centro residencial de doce meses. Este perfil es similar en los tres territorios históricos.
- Se observa una tendencia hacia niveles de dependencia cada vez mayores, lo cual ha generado un cambio muy importante en el perfil epidemiológico de la población residente. Este cambio ha supuesto, desde el punto de vista de la atención, un incremento de la carga sanitaria.
- Existe una gran diversidad en la provisión del servicio, tanto en el tipo de centro, como en el tamaño, titularidad y profesionales implicados. Se detectan diferencias en el cometido que desempeñan los profesionales sanitarios, así como duplicidad de servicios y costes, lo que conduce a una falta de sostenibilidad del modelo de atención actual.
- La atención sanitaria y la financiación de los centros residenciales se ha conformado en función de aspectos coyunturales, sin responder a un modelo de asistencia planificada. Esto ha conllevado, entre otras cosas, un desconocimiento de los resultados en salud y una falta de equidad en la atención sanitaria.
- El coste/día calculado de la atención sanitaria es de 12,94 €, distribuido entre un 55,6 % financiado por el sistema sanitario (material sanitario y de farmacia) y un 44,6 % cofinanciado, en diferente medida según territorio, entre los servicios sociales y el Departamento de Salud del Gobierno Vasco. El gasto referente a farmacia es un componente importante a la hora de hablar de costes.

- Con los datos disponibles, se puede afirmar que existe financiación suficiente en los centros, si bien es factible reformular este punto en el contexto de un nuevo modelo de atención sanitaria que sea equitativo y eficiente.
- La atención sanitaria en los centros residenciales debe basarse en cuatro principios fundamentales: la prestación sanitaria debe responder al principio de equidad, y ser una atención centrada en la persona, integrada y continuada, que trate de evitar, en la medida de lo posible, ingresos hospitalarios innecesarios.

Referencias bibliográficas

- (2011) *Documento marco para la elaboración de las directrices de la atención sociosanitaria en la Comunidad Autónoma Vasca. Diciembre 2010*, Bilbao, Eusko Jaurlaritza-Gobierno Vasco [<http://www.cofpv.org/PDF/Atencion%20Sociosanitaria%20-castellano-%20LOGOS-28-2-11.pdf>].
- ARAI, H. *et al.* (2012): "Toward the realization of a better aged society: Messages from gerontology and geriatrics", *Geriatrics & Gerontology International*, nº 12, págs. 16-22.
- DELOITTE (2008): *Perspectivas de futuro de los servicios de atención a la dependencia. El servicio de atención a domicilio (SAD). Estudio del marco conceptual, oferta, demanda y modelo de costes*, Madrid, Deloitte [<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/deloitte-sad-01.pdf>].
- DEPARTAMENTO PARA LA POLÍTICA SOCIAL (2006): *Catálogo de servicios residenciales para personas mayores / Adineko pertsonentzako egoitza zerbitzuen katalogoa*, Donostia-San Sebastián, Diputación Foral de Gipuzkoa [<http://www.gipuzkoa.net/noticias/archivos/carteradeserviciosc.pdf>].
- ESPAÑA (2011): "Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia".
- (2006): "Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia", *Boletín Oficial del Estado*, nº 299, 15-12-2006, págs. 44.142-44.156 [<http://www.boe.es/boe/dias/2006/12/15/pdfs/A44142-44156.pdf>].
- GOBIERNO VASCO *et al.* (2003): *Convenio de colaboración entre el Gobierno Vasco, las diputación forales de Álava, Bizkaia y Gipuzkoa y la Asociación de Municipios Vascos EUDEL para el desarrollo de atención socio-sanitaria en la Comunidad Autónoma del País Vasco* [<http://bit.ly/17QvaNu>].
- OMS (2008): *Informe sobre la salud en el mundo 2008: la atención primaria de salud, más necesaria que nunca*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43952/1/9789243563732_spa.pdf].
- PAÍS VASCO (2008): "Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma del País Vasco", *Boletín Oficial del País Vasco*, nº 246, 24-12-2008, págs. 31.840-31.924 [<http://www.euskadi.net/bopv2/datos/2008/12/0807143a.pdf>].
- PÉREZ DÍAZ, J. (2010): "El envejecimiento de la población española", *Investigación y Ciencia*, nº 410, págs. 34-42 [<http://www.investigacionyciencia.es/files/6824.pdf>].
- SMITH, S. K. *et al.* (2012): "Population aging, disability and housing accessibility: Implications for sub-national areas in the United States", *Housing Studies*, vol. 27, nº 2, págs. 252-266.