

# **PROPUESTA DE UN MODELO INTEGRADO DE ATENCIÓN Y GESTIÓN PARA CENTROS DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTOS NO FARMACOLÓGICOS EN LA ENFERMEDAD DEL ALZHEIMER:**

## **Análisis del coste, de la eficacia y calidad de vida de los pacientes atendidos en la unidad de memoria de la Red de Salud Mental de Navarra**

**Germán Jusue Erro**

*Profesor Tutor de Psicología en la UNED de Tudela*

### **I. OBJETIVOS PROPUESTOS Y JUSTIFICACION**

Uno de los aspectos que más preocupan del incremento de población envejecida son las patologías que puedan padecer estas personas y si esas enfermedades afectan o no a su calidad de vida. Según la OMS, en los últimos años, la prevalencia de la demencia en la población mayor de 65 años se sitúa en torno al 8% y en personas mayores de 80 años alcanza el 20%. Entre los distintos tipos de demencia, la más frecuente es la enfermedad de Alzheimer (EFAL); esta patología supone entre el 50% y el 70% de todas las demencias padecidas en cualquier rango de edad.

En un intento de velar por la calidad de vida de estos pacientes y de sus familias, se está destinando una cantidad importante de recursos socio-sanitarios para tratar de ayudar a sobrellevar esta enfermedad, invirtiéndose principalmente en residencias psicogeríatras. El coste total de atención a estos pacientes asciende a 1.150 euros mensuales y aumenta conforme lo hace el grado de deterioro en la persona; teniendo en cuenta la cantidad de población afectada y su posible aumento en los años venideros, el incremento de consumo de recursos va a ser alarmante.

Las investigaciones sobre su posible tratamiento no cesan; a pesar de que los tratamientos farmacológicos juegan un papel muy importante, cada vez se están aceptando con más fuerza, nuevas propuestas de intervenciones no farmacológicas dirigidas a ralentizar el curso evolutivo de la enfermedad, ya que se cree en la capacidad de aprendizaje de estos enfer-

mos a través del desarrollo de técnicas específicas que les ayuden a llevar una vida mejor.

Sin embargo, las investigaciones realizadas presentan deficiencias que dificultan la generalización de los resultados: muestras pequeñas, el tiempo de aplicación limitado (máximo 3-6 meses), entrenamiento de aspectos muy concretos de la memoria, escasa utilización de tests cognitivos estandarizados y finalmente, no se evalúa en ningún caso el coste que supone la aplicación de la técnica.

La Subdirección de Salud Mental de Navarra sugirió al Centro Psico-geriátrico San Francisco Javier la posibilidad de ampliar su oferta residencial creando un referente público para el diagnóstico y tratamiento de las demencias precoces. Se presentó desde la Dirección junto con el Psicólogo Clínico Responsable una propuesta de creación de la Unidad de Memoria a la Subdirección de Salud Mental y al Servicio de Neurología. La iniciativa fue aprobada y puesta en marcha en marzo de 2003. Se diseñó con el objetivo principal de brindar una atención precoz, global y especializada, centrada en la evaluación y rehabilitación cognitiva, basada en modelos cognitivos, a pacientes de Navarra que manifestaran un deterioro cognitivo leve y demencias en estadios iniciales.

En este contexto, el objetivo general de este estudio es realizar un análisis descriptivo del funcionamiento de la unidad y presentar una evaluación económica para los pacientes atendidos en ella.

Los **objetivos** específicos fijados en este proyecto de investigación inicialmente fueron los que se enumeran a continuación:

- Evaluar la ***eficacia del tratamiento***.
- ***Implantar un sistema de costes*** robusto y consistente que aporte información útil para la toma de decisiones tanto a nivel clínico como social que permita gestionar eficientemente el servicio.
- ***Evaluar la calidad de vida*** de los pacientes atendidos.
- Realizar un ***análisis coste-efectividad*** del servicio.
- Evaluar otros ***aspectos*** de especial relevancia en el contexto específico de la Unidad de Memoria: Costes de accesibilidad de los usuarios al servicio; Abandono del tratamiento por parte del paciente; Mejora de la eficiencia de la red de salud mental a consecuencia del retraso en incorporar a estos pacientes a otros dispositivos.

## II. METODOLOGÍA E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Dado el carácter multidisciplinar de los miembros del equipo investigador se llevaron a cabo diversas reuniones de trabajo. Se utilizaron distintas metodologías e instrumentos por los miembros del equipo investigador.

### **1-Metodología empleada en la evaluación de la eficacia del tratamiento aplicado en la Unidad de Memoria**

Teniendo en cuenta los objetivos que se pretendían cubrir con la evaluación de la eficacia del tratamiento: 1) Evaluar el efecto del programa de entrenamiento estructurado en la estimulación de las funciones cognitivas generales y memoria. 2) Evaluar el efecto del programa de entrenamiento estructurado de PC en el mantenimiento de las actividades de la vida diaria y conductuales. 3) Evaluar el efecto del programa de entrenamiento estructurado de PC en la promoción de un estado de bienestar al paciente, reduciendo las respuestas de ansiedad y depresión. 4) Evaluar el efecto del programa de entrenamiento estructurado de PC en el cuidador.

Para conseguir estos objetivos se realiza un protocolo de evaluación y seguimiento para todos los pacientes del estudio (neuropsicológico y de enfermería), que consta de tres controles evolutivos periódicos a los pacientes y entrevistas de seguimiento a los familiares-cuidadores (inicial, nueve meses, dieciocho meses), durante el año y medio de tratamiento.

Los instrumentos utilizados para tratar de evaluar todos esos objetivos son los siguientes:

- Para las medidas de eficacia cognitiva general hemos utilizado los siguientes instrumentos: 1) El Programa EXPERIAdem II: programa informático para el estudio y registro de casos con deterioro cognitivo o demencia que recoge las siguientes pruebas: Mini Mental State Examination (MMSE), Batería GERMCIIDE, La batería neuropsicológica CERAD, Test del Reloj, Test de Pfeiffer 2) Subtest del Programa Integrado de Exploración Neuropsicológica. Test Barcelona, revisado.
- Para las medidas de eficacia cognitiva específicas en memoria, los subtests referidos a la evaluación de la memoria del Protocolo Germcide, CERAD y del Test Barcelona.
- Para la medida de eficacia en los cambios emocionales, la Escala de depresión de Yesavage que evalúa la presencia de síntomas depresivos/disforia de los sujetos.

- Para la medida de valoración de los cambios en las actividades de la vida diaria, hábitos y conductuales, la Escala de Blessed.
- Para la medida de valoración de los cambios en la carga familiar, la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit.

En esta investigación se ha utilizado un diseño descriptivo pre-postratamiento de eficacia de tratamiento, sin grupo control, actuando como variable independiente el programa de PC que se ha administrado a los pacientes del estudio. Dado que el programa aplicado abarca un año y medio podemos considerar que nuestra investigación es, en cierta forma, de tipo longitudinal.

## **2- Metodología empleada en la evaluación económica del tratamiento aplicado en la Unidad de Memoria**

El paso previo para elegir el tipo de metodología de costes más adecuada fue identificar las distintas categorías de costes existentes en el tratamiento aplicado a los pacientes en la Unidad de Memoria:

### **1. Costes directos del servicio**

Todos los que se pueden relacionar directamente con el paciente de una manera inequívoca. Los más relevantes, los costes del personal ya que en este servicio los pacientes no consumen medicamentos o alimentos. Su contribución al coste final es del 90% aproximadamente.

### **2. Costes indirectos del servicio**

Costes del servicio que son necesarios para que el servicio pueda funcionar y que son compartidos por varios servicios del Centro donde está emplazada la UM: gerencia-administración, electricidad, agua, gas, calefacción, limpieza, mantenimiento y lavandería. Su contribución al coste final por paciente será mucho menor. La suma de estas dos categorías será el coste de prestación del servicio.

### **3. Otros costes: desplazamiento, pérdida jornada laboral, etc.**

Identificados los distintos tipos de costes, se decide una metodología de costes concreta. Se utilizaron distintas metodologías para cada categoría.

***Costes directos: sistema de costes basado en los procesos.***

Existen dos opciones:

1. Métodos denominados *globales o gross-costing o top-down approaches* (métodos orgánicos en la terminología contable). Su aplicación en el área de la salud supone que todos los pacientes consumen los mismos recursos y que todos los servicios ofrecen prestaciones homogéneas. En nuestro caso, no son homogéneos en consumo de recursos.
2. Métodos *micro-costing o bottom-up approaches* (métodos inorgánicos en la jerga contable). Donde los pacientes no son homogéneos al consumir cantidades distintas de recursos. El método más analítico dentro de esta categoría es el Activity-Based-Costing (ABC) que supone acometer las siguientes tareas: 1) Identificar todas las actividades llevadas a cabo en cada servicio. 2) Describir todos los elementos y recursos que forman parte de esas actividades. 3) Estimar la cantidad de recursos necesarios para llevar a cabo esas actividades. 4) Obtener el coste unitario de cada recurso dentro de cada actividad. 5) Calcular el coste unitario de cada actividad y a través de los cost-drivers imputarlos a las distintas prestaciones contempladas en el servicio.

Las ventajas de este sistema son el mayor detalle y precisión de los cálculos que permiten obtener un coste más analítico y distinguir entre tipos de pacientes. Sin embargo, este método es inviable por varias razones, entre otras, es difícil hallar cost-drivers que vinculen directamente cada actividad dado que el consumo más relevante en las prestaciones suele ser el coste de personal que generalmente es multifuncional dedicándose a múltiples tareas.

El método elegido ha sido el sistema de “costes por proceso” utilizado hasta ahora en algunas zonas de España en diversas áreas del sector público, dado el éxito alcanzado en su implantación. No tiene el inconveniente del ABC al fundamentarse en que son los procesos los que consumen los recursos y no las actividades y no considera a todos los pacientes homogéneos.

La aplicación de la metodología diseñada a nuestro caso supuso acometer las siguientes tareas: 1) **Analizar de la estructura organizativa y de gestión del servicio.** 2) **Diseñar los procesos de atención al paciente.** 3) **Listar las actividades contenidas en cada proceso con la ayuda de los profesionales.** 4) **Identificar los recursos necesarios**

para llevar a cabo cada proceso. 5) Calcular el coste de cada proceso. 6) Calcular el coste por paciente.

### ***Costes indirectos: sistema de costes basado en claves de reparto***

Costes indirectos que son compartidos por más servicios del Centro; fueron imputados de forma diferente a los anteriores. Para ello se diseñaron claves de reparto o unidades de obra que posibilitaron esta imputación.

**Otros costes: estimación en base a datos ya existentes.** En concreto se midieron los siguientes: **1) Costes de desplazamiento pacientes/familiares. 2) Coste de jornadas laborables perdidas pacientes/familiares. 3) Costes del tiempo invertido en que los pacientes realicen las tareas del manual de autoayuda en su domicilio.**

### **3- Metodología empleada en la evaluación de la calidad de vida del tratamiento aplicado y análisis coste-efectividad de la Unidad de Memoria**

En este trabajo se emplea como medida de efectividad la calidad de vida para los pacientes afectados -el EQ-5D. El propósito del EQ-5D es generar un índice cardinal de salud, lo cual tiene un considerable potencial para su uso en evaluación económica. En la primera parte se describe el Estado de salud de los individuos a través de cinco dimensiones: movilidad (**MO**), auto-cuidados (**SC**), actividades cotidianas (**UA**), dolor/ malestar (**PD**) y ansiedad/ depresión (**AD**). En la segunda parte se pregunta al entrevistado que evalúe su estado de salud mediante un termómetro (escala visual analógica vertical, **EVA**) donde "el mejor estado de salud imaginable" toma el valor 100 y "el peor estado de salud imaginable" el valor 0.

#### **Métodos: Modelos de regresión**

Primeramente, se plantea un modelo lineal multivariante para la obtención de los valores del índice ( $EQ_{index}$ ) para los 243 estados de salud y por tanto para los estados de salud de cada uno de los pacientes (Modelo 1). Segundo, se presentan varios modelos lineales compuestos por dos ecuaciones, con el fin de obtener una estimación de la ratio coste-efectividad, así como, la representación de la curva de aceptabilidad y las elipses al 50, 75 y 95% de la distribución conjunta de costes y efectividad.

Las variables dependientes de ambas ecuaciones son los costes y la efectividad.

#### **4- Metodología empleada para la evaluación de la satisfacción de familiares**

Se basó en la Escala de Satisfacción Familiar con los Servicios de Grella y Grusky<sup>1</sup>. Se basa en la recogida de información sobre seis ítems considerados imprescindibles: cantidad de información proporcionada sobre la enfermedad, cantidad de ayuda recibida, información sobre afrontamiento, contacto con profesionales, comprensión encontrada y participación en programas de tratamiento. Teniendo en cuenta este instrumento, dos integrantes del equipo de la UM diseñaron una encuesta preliminar. La encuesta final contiene 12 ítems que se responden en base a una escala del tipo Likert. Los resultados fueron tratados con el programa Excel.

### **III. SINTESIS Y CONCLUSIONES**

La primera conclusión es que todos los objetivos previstos inicialmente han sido acometidos al 100%, con las metodologías indicadas y resultados obtenidos.

La evaluación de la eficacia del tratamiento llevada a cabo permite establecer las siguientes afirmaciones:

- El programa de tratamiento, resulta efectivo en el rendimiento cognitivo global de los enfermos con DCL y Demencia leve, manteniendo y, en casos, mejorando sus funciones cognitivas generales de manera gradual a lo largo del año y medio de intervención.
  - El programa aplicado ha sido efectivo en el mantenimiento de la memoria a lo largo del año de tratamiento, evaluada globalmente.
  - Dentro de la función global de la memoria el tratamiento aplicado se ha mostrado efectivo, tanto en la memoria verbal-auditiva, como en la memoria visual. Ambas muestran una ligera mejoría y se mantienen a lo largo del tratamiento; manifestándose ya esta mejoría a los nueve meses de iniciado el tratamiento. Tanto en el mantenimiento de la memoria inmediata, como demorada.
-

- El tratamiento ha resultado eficaz en la mejora de la velocidad de la realización de las tareas cognitivas (objetivado en la ejecución de tareas con “tiempo” como Clave de Números y FVS). Mejoría que se hace ya patente a los 9 meses de tratamiento.
- El tratamiento aplicado ha resultado eficaz en el mantenimiento y mejora de funciones corticales superiores como el lenguaje (expresivo y comprensivo), praxias (especialmente las visuo-constructivas), abstracción-razonamiento, comprensión y funciones ejecutivas. Mejoría que también se hace patente a los 9 meses.
- Se ha mostrado efectivo para el mantenimiento de las actividades de la vida diaria, básicas e instrumentales (a menudo ya alteradas en fases iniciales de la enfermedad, lentificando el proceso de deterioro.
- Efectivo en la mejoría del estado de ánimo y la apatía de estos sujetos a lo largo del tratamiento, disminuyendo su depresión y su inercia hacia la apatía.
- El número de sujetos se sitúa claramente por encima de 30 ( $n = 65$ ), una muestra muy amplia y poco habitual en este tipo de trabajos de intervención en enfermos con DCL y de Demencia en fases tempranas de la enfermedad.

A pesar de estos resultados tan alentadores, la ausencia de un **grupo de control** convierte al presente trabajo en un mero estudio de investigación descriptivo con medidas repetidas durante el tratamiento. Este hecho dificulta la consideración de que sea solo nuestro tratamiento el causante de la mejoría o freno en el deterioro cognitivo.

En cuanto a la evaluación económica del servicio, la implantación del sistema de costes por proceso ha posibilitado:

- Calcular el coste por proceso de atención al paciente durante el tratamiento.
- Calcular el coste unitario por paciente teniendo en cuenta su fecha de incorporación al tratamiento. Se ha presentado el cálculo de un coste estándar anual directo del servicio / paciente de 1.790,55 € en un paciente que haya comenzado en 2005 y haya finalizado en 2006. Este coste no es demasiado elevado si lo comparamos con el coste de atención en otros dispositivos que tratan a esta tipología de pacientes.
- Calcular los costes indirectos/paciente teniendo en cuenta que éstos son compartidos con los del Centro y que han ascendido a 179,11 € para el año 2006 en concreto.



PROPUESTA DE UN MODELO INTEGRADO DE ATENCIÓN Y GESTIÓN PARA CENTROS DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTOS NO FARMACOLÓGICOS EN LA ENFERMEDAD DEL ALZHEIMER

- Calcular otros costes relacionados con el servicio que habitualmente no son obtenidos en las evaluaciones económicas como los costes de desplazamiento hasta el servicio, coste de las horas de trabajo perdidas, etc., que dependerá de las condiciones específicas de cada paciente (lugar de residencia, trabajador o no, etc.)
- Demostrar que dentro del coste total por paciente los costes más relevantes son los costes directos, sobre los que habrá que actuar para gestionar mejor el servicio.

En cuanto a la calidad de vida auto-percibida se ha demostrado que existe una alta probabilidad de que el paciente mejore su CV, aunque no es una mejoría alta.

El análisis coste-efectividad del servicio ha mostrado que se tiene un 86% de posibilidades de que lo sea. Asimismo se ha fijado la cantidad de dinero a invertir para que el programa sea efectivo con un 50% de posibilidades en tan solo 475 €, cantidad que difiere sustancialmente de otros programas de salud evaluados en trabajos de este tipo. Situándolo en una posición privilegiada en lo referente a su evaluación económica.

Además, la satisfacción percibida por familiares y usuarios ha sido alta, claro índice de que los procedimientos de atención al paciente y familiares han sido bien diseñados.

Gracias a los resultados obtenidos en los distintos apartados considerados, conociendo la actividad en otros servicios similares y teniendo en cuenta el aumento de la demanda de este tratamiento en Navarra, se ha replanteado el diseño del tratamiento en la UM

- El tiempo de tratamiento es de 18 meses (“muy largo”). Sería interesante para estudios futuros, ante la gran demanda de atención que la UM está teniendo de los diferentes Servicios derivadores, conocer si su eficacia es similar con menor tiempo. Permitiría una mayor y más rápida respuesta a las demandas de tratamiento (complementándolo con otras intervenciones como “tareas para casa” para garantizar la continuidad en el tiempo y en el contexto habitual). En este sentido, señalar que en nuestro trabajo ya apunta que la mejoría se hace evidente a partir de los 9 meses, para mantenerse estable hasta el final (18 meses).
- Ante alta demanda del tratamiento, se ha considerado la posibilidad de planificar las agendas de los profesionales de tal forma que se prioricen los pacientes nuevos para agilizar el comienzo de su tratamiento. Permitiría trabajar sobre el deterioro cognitivo lo más rápido posible para evitar su avance o ralentizarlo.

- Dar un mayor protagonismo a la familia del paciente fomentando su participación en el tratamiento, tal y como se demandaba en la encuesta de satisfacción realizada. En concreto se ha previsto realizar “intervención familiar” y facilitar su implicación en el tratamiento.
- Otro punto fundamental que mejorará ese proceso continuo de nuestro servicio será establecer más contactos con servicios similares. Nos permitirán aplicar la técnica del benchmarking, detectando puntos fuertes y débiles, para poder actuar sobre ellos.

Modificaciones que deberán ser evaluadas en el futuro de igual forma que lo han sido las actuales, para comprobar si efectivamente los cambios realizados han sido positivos y proseguir con este proceso iniciado de mejora continua.

De igual forma se pretende evaluar de forma más exhaustiva la carga familiar soportada. Ya que es posible que el retraso del ingreso de estos pacientes en otros servicios de la Red Socio-sanitaria sea eficiente, pero habrá que determinar hasta qué punto es soportado como contrapartida por el familiar.

Todo lo anterior deberá constituir el futuro de la investigación multidisciplinar iniciada en nuestro servicio a raíz de este proyecto, que deberá ser continuada en los años venideros.