



UNIVERSITAT  
POLITÈCNICA  
DE VALÈNCIA



# Análisis de costes sobre la colaboración entre el Sector Público y el Sector privado en la rehabilitación funcional de pacientes crónicos

---

## El caso de la Residencia Solimar

Tesina Fin de Máster en Dirección Financiera y Fiscal

Autora: M. Macarena Poletti González

Directora: David Vivas Consuelo

Co-Director: Isabel Barrachina

Junio 2014



---

**ÍNDICE**

<b>1. RESUMEN</b>	<b>1</b>
<hr/>	
<b>2. INTRODUCCIÓN</b>	<b>4</b>
<hr/>	
2.1 La enfermedad crónica	5
2.1.1 Relación con la evolución demográfica en España	6
2.1.2 Cronicidad en la Comunidad Valenciana	10
2.2 Asistencia a enfermos crónicos	15
2.2.1 Sistema Nacional de Salud	15
2.2.2 Los HACLE: "Hospitales de atención a crónicos y larga estancia"	17
2.2.3 Residencias geriátricas	19
<b>3. ANTECEDENTES</b>	<b>21</b>
<hr/>	
3.1 Colaboración sociosanitaria público-privada	22
3.2 Caso de éxito: colaboración entre el hospital La Ribera (Alzira) y la residencia Solimar (URF)	29
<b>4. OBJETIVOS</b>	<b>40</b>
<hr/>	
<b>5. METODOLOGÍA Y RESULTADOS</b>	<b>44</b>
<hr/>	
5.1 Análisis demográfico	45
5.2 Situación actual para la asistencia de pacientes crónicos	46
5.3 Evaluación de la unidad de recuperación funcional (URF) de Solimar	47
5.3.1 Efectividad clínica de la URF y satisfacción de pacientes	47
5.3.2 Evaluación de costes	48
5.4 Extensión del modelo de colaboración sociosanitaria público-privada	56
<b>6. CONCLUSIONES</b>	<b>70</b>
<hr/>	
<b>7. BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>73</b>
<hr/>	

8. ANEXOS	77
I. Programa PALET: Objetivos	78
II. Orden de 13 de octubre de 1997 de la Conselleria de Sanidad	79
III. Cartera de servicios, recursos estructurales y recursos humanos de la unidad de recuperación (URF) de la residencia Solimar	83
IV. Encuesta de satisfacción sobre la unidad de recuperación funcional (URF) de la residencia Solimar realizada a pacientes y familiares	85
V. Informes individuales por GRD AP (consulta interactiva del SNS)	87

**ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 1.	<i>Esquema de atención a pacientes crónicos en el Sistema Nacional de Salud</i>	15
Figura 2.	<i>Distribución de HACLE en la Comunidad Valenciana (número de camas)</i>	18
Figura 3.	<i>Plazas necesarias en HACLE de la Comunidad Valenciana</i>	24
Figura 4.	<i>Centros residenciales adscritos a AECAS y plazas concertadas con la Conselleria</i>	27
Figura 5.	<i>Distribución de centros residenciales concertados en los 24 departamentos de salud de la C. Valenciana</i>	28
Figura 6.	<i>Esquema de colaboración sociosanitaria entre Hospital La Ribera y la residencia Solimar</i>	31
Figura 7.	<i>Ganancia funcional media en la URF de Solimar</i>	33
Figura 8.	<i>Eficiencia de la ganancia funcional en la URF de Solimar</i>	33
Figura 9.	<i>Estancia media en la URF de Solimar</i>	34
Figura 10.	<i>Reingresos por derivación de la URF de Solimar al Hospital</i>	35
Figura 11.	<i>Mortalidad de pacientes no paliativos en la URF de Solimar</i>	35
Figura 12.	<i>Institucionalización tras el alta de la URF de Solimar</i>	36
Figura 13.	<i>Número de camas atendidas en unidades de recuperación funcional (URF) y en hospitales</i>	57

**ÍNDICE DE GRÁFICOS**

Gráfico 1.	<i>Tasa de natalidad bruta en España (‰), 1975-2011</i>	7
Gráfico 2.	<i>Esperanza de vida en España, 1991-2011</i>	7
Gráfico 3.	<i>Proporción de personas mayores de 64 años en España(%), 1975-2011</i>	8
Gráfico 4.	<i>Tasa de dependencia en personas mayores de 64 años en España (%), 1975-2011</i>	9
Gráfico 5.	<i>Relación entre población mayor de 75 años y enfermos crónicos mayores de 75 años en la C. Valenciana (%)</i>	13
Gráfico 6.	<i>Proyección de personas mayores de 64 años en España, 2012-2052</i>	14
Gráfico 7.	<i>Asistencia a enfermos crónicos en la C. Valenciana (%)</i>	16
Gráfico 8.	<i>Nivel de ocupación de las residencias de personas mayores por Comunidad Autónoma (%), 2011</i>	25
Gráfico 9.	<i>Proporción de pacientes atendidos en la URF de la residencia Solimar</i>	32
Gráfico 10.	<i>Comparación de costes de atención a pacientes de los GRD 14, 209,210 211 y 236 en hospitales frente a la atención en URF en los 24 departamentos de salud de la C. Valenciana.</i>	65

**ÍNDICE DE TABLAS**

Tabla 1.	<i>GRD en los que se agrupan los enfermos crónicos más relevantes</i>	6
Tabla 2.	<i>Comparativa de la tasa de natalidad bruta en la C. Valenciana y en España (%), 1975-2011</i>	10
Tabla 3.	<i>Comparativa de la esperanza de vida en la C.Valenciana y en España,1975- 2011</i>	10
Tabla 4.	<i>Comparativa de la proporción de personas mayores de 64 años en la C. Valenciana y España, 1975-2011</i>	11
Tabla 5.	<i>Comparativa de la tasa de dependencia de personas mayores de 64 años en la C.Valenciana y España, 1975-2011</i>	11
Tabla 6.	<i>Plazas existentes en HACLE de la Comunidad Valenciana</i>	23
Tabla 7.	<i>Porcentaje de residencias con plazas libres</i>	25
Tabla 8.	<i>Resultados de la evaluación de la URF de Solimar</i>	37
Tabla 9.	<i>Descripción, estancia media y coste medio de los GRD en los que se agrupan los enfermos crónicos más relevantes para el estudio</i>	49
Tabla 10.	<i>Coste medio diario de los GRD 14, 209, 210, 211 y 236 eliminando los costes de quirófano</i>	50
Tabla 11.	<i>Resumen de datos relevantes para el estudio de análisis de costes</i>	52
Tabla 12.	<i>Ahorro total conseguido en el caso de éxito</i>	55
Tabla 13.	<i>Ahorro corriente en el departamento de salud 11 (Alzira) por extensión del modelo de colaboración sociosanitaria público-privada</i>	61
Tabla 14.	<i>Coste hospitalario total de los GRD 14, 209, 210, 211 y 236 de los 24 departamentos de salud de la Comunidad Valenciana</i>	63
Tabla 15.	<i>Coste total en URF de los GRD 14, 209, 210, 211 y 236 de los 24 departamentos de salud de la Comunidad Valenciana</i>	64
Tabla 16.	<i>Ahorro corriente en la C. Valenciana por extensión del modelo de colaboración sociosanitaria público privada</i>	66

Tabla 17.	<i>Análisis de costes y ahorro corriente por extensión del modelo de colaboración sociosanitaria público-privada a los 24 departamentos de salud</i>	67
-----------	--	----

# 1. RESUMEN

A lo largo de este epígrafe se presenta a modo de resumen, un esquema sobre la estructura que se ha seguido a lo largo del trabajo:

**Introducción:**

- Se introduce el concepto de enfermedad crónica (ya que los pacientes que sufren dicha enfermedad son el elemento subjetivo predominante en el estudio) así como los principales Grupos Relacionado por el Diagnóstico (GRD) que predominan en la asistencia a enfermos crónicos.
- Se analizan datos estadísticos con la finalidad de hacer patentes los cambios demográficos de la sociedad tanto a nivel nacional como a nivel autonómico (Comunidad Valenciana). La tasa de natalidad, esperanza de vida, proporción de personas mayores de 64 años o tasa de dependencia son algunas de las variables analizadas.
- Se presenta el funcionamiento y situación del sistema nacional de salud; concretamente, se hace especial hincapié en los Hospitales de Atención a Crónicos y Larga Estancia (HACLE) – por la especialidad que presentan en el cuidado de pacientes crónicos y dependientes –. Además, se trata el tema de las residencias geriátricas y Unidades de Recuperación Funcional (URF), a modo de presentar la situación en la que se encuentran y a modo de introducir el posterior desarrollo.

**Antecedentes:**

- Se establecen las bases y motivos de por qué se debería llevar a cabo una colaboración sociosanitaria entre hospitales y residencias, siendo la Asociación de Empresas Concertadas de Accesibilidad Privada (AECAS), el socio adecuado para tal acuerdo. Asimismo, se presenta el caso de éxito entre el Hospital La Ribera (Hospital de Alzira) y la Unidad de Recuperación Funcional (URF) de la residencia Solimar, analizando los beneficios que ha supuesto tanto a nivel económico como a nivel de mejora para los pacientes.

**Objetivos:**

- Se define el objetivo principal: análisis de la situación actual de la asistencia a enfermos crónicos en la Comunidad Valenciana según el tipo de asistencia. También se definen 10 objetivos específicos, los cuales pretenden obtener una comparativa entre el cambio del modelo asistencial de larga estancia en unidades de recuperación funcional (URF) en los veinticuatro departamentos de salud de la Comunidad Valenciana frente a la asistencia hospitalaria para el ejercicio 2011.

**Metodología y resultados:**

- Se introduce la propuesta y los cálculos sobre cómo llevar a cabo la implantación de este modelo de colaboración sociosanitaria en el resto de la Comunidad Valenciana. En este apartado se analiza numéricamente la reducción de costes – en términos de ahorro corriente – que supondría la extensión del modelo de colaboración a todo el territorio valenciano.

**Conclusiones:**

- Se explica brevemente, y siguiendo la misma estructura que a lo largo de la monografía, los datos más relevantes así como las cifras de resultados obtenidas.

## 2. INTRODUCCIÓN

## **2.1. LA ENFERMEDAD CRÓNICA: DEFINICIÓN Y TIPOLOGÍA**

La enfermedad crónica, según la Organización Mundial de la Salud, se define como *“la enfermedad de larga duración y por lo general de progresión lenta”*. Se trata de enfermedades que perduran a lo largo del tiempo y que presentan una evolución poco predecible, siendo necesario un cuidado constante.

Así pues, la cronicidad hace referencia a la permanencia en el tiempo. Y cuando este término se aplica a una enfermedad significa que es incurable, ya sea por la inexistencia de un tratamiento, ya sea por la falta de respuesta al mismo.

Cabe destacar que las enfermedades crónicas obligan a modificar los hábitos de vida de la persona que la padece; y este hecho es de gran trascendencia tanto a nivel económico – ya que genera una gran repercusión sobre los servicios prestadores de la asistencia social y sanitaria – como a nivel social, pues se crea una situación de dependencia e incapacitación.

Si la enfermedad crónica es tratada de un modo inadecuado puede tener secuelas importantes en el estilo de vida del paciente, pudiendo derivar en un alto grado de discapacidad. Actualmente, estas enfermedades suponen el 80% de las muertes a nivel mundial, por lo que el tratamiento de las mismas es tremendamente relevante.

En la actualidad existen múltiples tipologías de enfermedades crónicas. Así pues, dado que la enumeración de todas y cada una de ellas no aportaría datos de relevancia en el análisis se opta por clasificarlas atendiendo a criterios más específicos. Los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) constituyen un sistema de clasificación de pacientes hospitalarios relacionándolos en función de su casuística y de su coste por asistencia. Los enfermos crónicos que más importancia tienen en este estudio se agrupan en los siguientes GRD, atendiendo a la norma estatal del año 2010<sup>2</sup>:

---

<sup>2</sup> Estos Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) se utilizarán a lo largo del análisis, por ser los que más presencia tienen en las Unidades de Recuperación Funcional (URF), tal y como se verá más adelante.

Tabla 1: GRD<sup>1</sup> en los que se agrupan los enfermos crónicos más relevantes

Código GRD	Descripción GRD
14	Ictus con infarto
209	Sustitución articulación mayor excepto cadera y reimplante de miembro inferior, excepto por complicaciones
210	Procedimientos de cadera y fémur excepto articulación mayor. Edad > 17 con complicaciones o comorbilidad
211	Procedimientos de cadera y fémur excepto articulación mayor. Edad > 17 sin complicaciones o comorbilidad
236	Fracturas cadera y pelvis

<sup>1</sup> GRD: Grupos Relacionados por el Diagnóstico

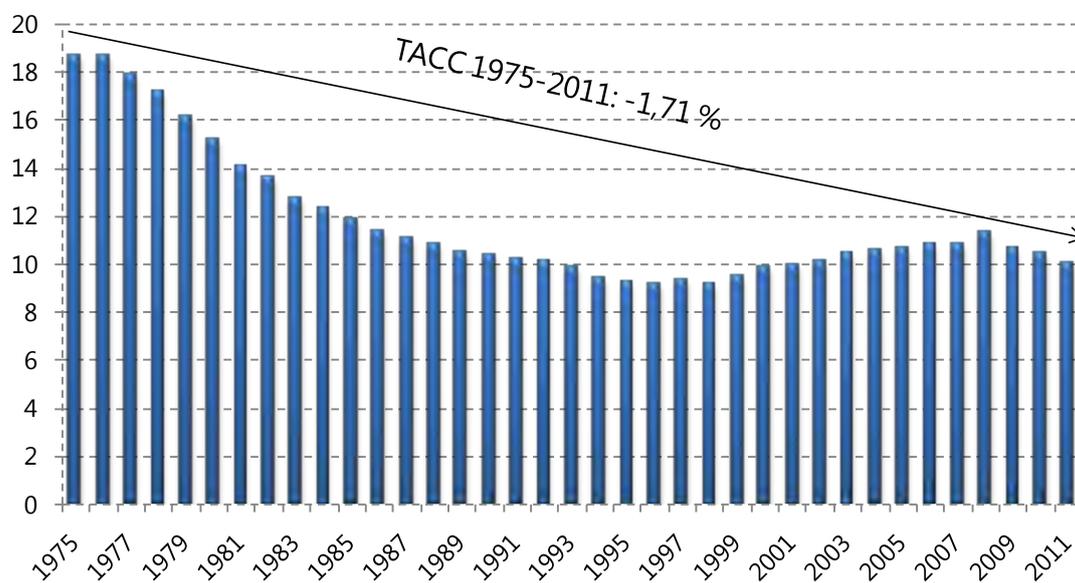
*Fuente: Elaboración propia a partir de la norma estatal de Grupos Relacionadas por el Diagnóstico (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad).*

### 2.1.1 RELACIÓN CON LA EVOLUCIÓN DEMOGRÁFICA EN ESPAÑA

La población española está experimentando un proceso de envejecimiento progresivo. Este fenómeno viene motivado, principalmente, por dos factores; por una parte, la tasa de natalidad es decreciente y, por otra parte, la esperanza de vida de las personas aumenta cada vez más.

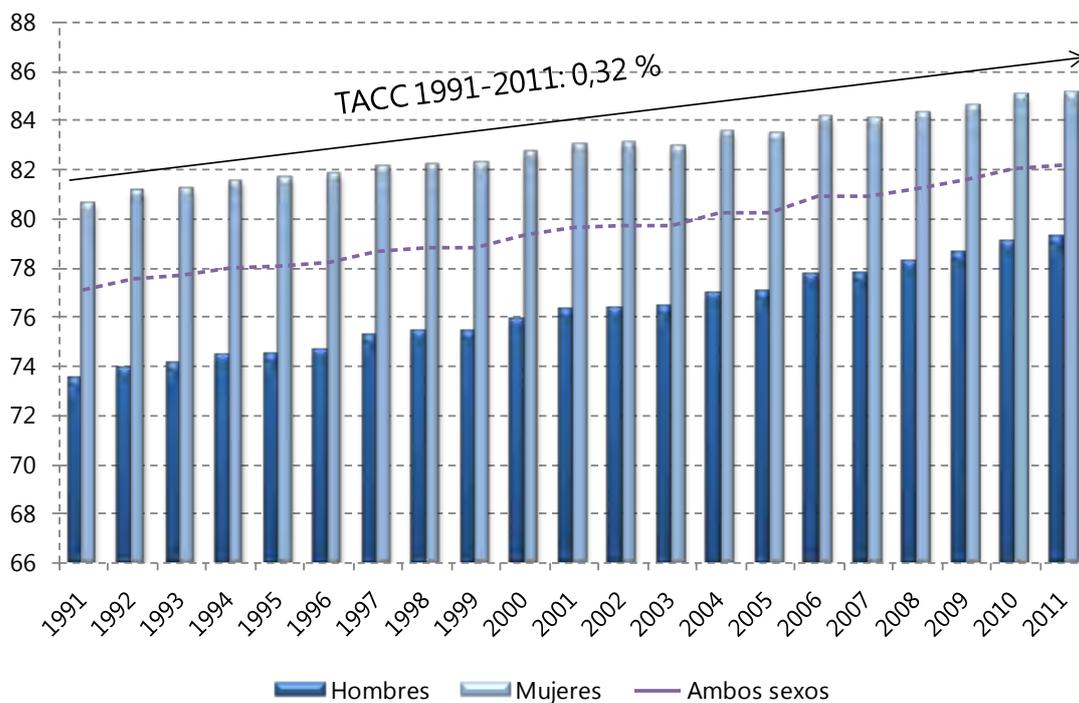
Mientras que en 1975 la tasa de natalidad alcanzaba valores próximos al 19, en el año 2011 dicha tasa se ha reducido prácticamente a la mitad, ya que su valor es de 10,07. En contrapartida, la esperanza de vida ha sufrido un fenómeno inverso, ya que ha aumentado con el paso de los años. Por lo que respecta a los hombres, la esperanza de vida se ha incrementado de 73,5 años a 79,32 en un lapso de tiempo de veinte años; en el caso de las mujeres, la esperanza de vida ha pasado de ser de 80,67 años a 85,16.

Gráfico 1: Tasa de natalidad bruta en España (%), 1975-2011



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística (INE)

Gráfico 2: Esperanza de vida en España, 1991-2011

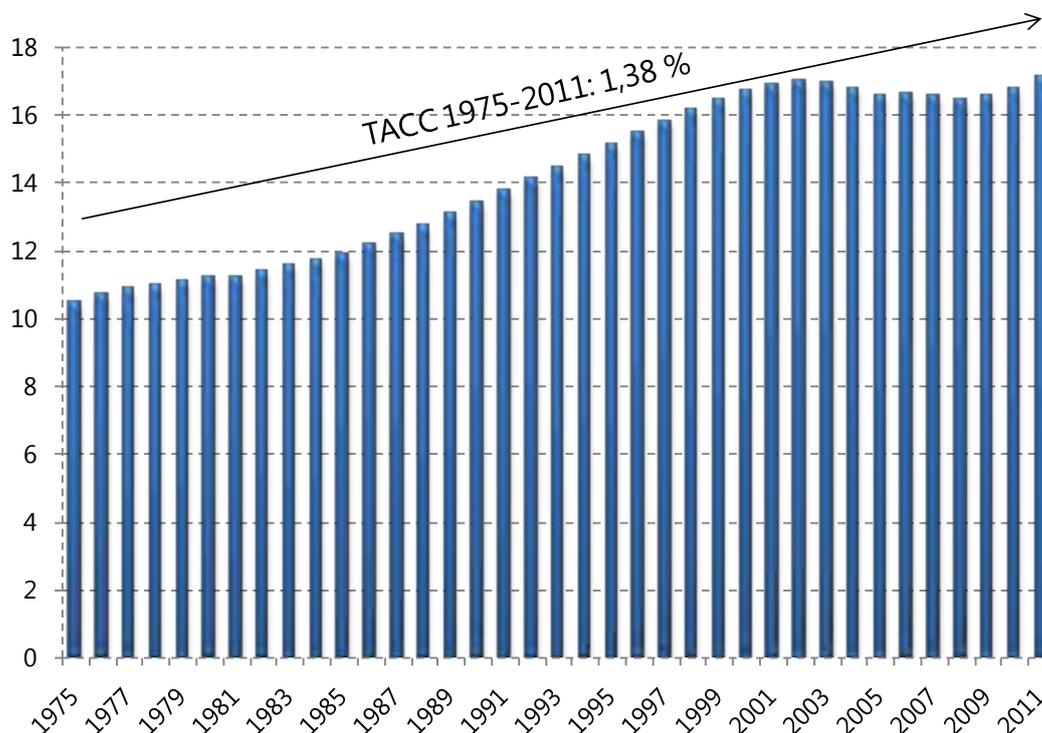


Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística (INE)

La dependencia puede aparecer en cualquier etapa de la vida; no obstante, en edades avanzadas su incidencia es muy acusada y deriva, en la mayoría de los casos, de una enfermedad crónica. La población que tiene más de 65 años es la que concentra un mayor porcentaje de padecimiento de enfermedades crónicas; además, esta cifra se acentúa más en la población que tiene más de 80 años, por lo que la evolución demográfica de nuestro país afecta directamente en el porcentaje de padecimientos de enfermedades crónicas y, consecuentemente, repercute en el sistema de atención sanitaria, lo cual se analizará más adelante, sobre todo en los que a aspectos económicos se refiere.

En el siguiente gráfico se observa que, fruto de la mayor esperanza de vida y de la menor tasa de natalidad, la proporción de personas mayores en relación con el resto de la población es cada vez mayor, ya que los datos en 1975 reflejan una tasa del 10,45% y en 2011 esta asciende a 17,11%.

Gráfico 3: *Proporción de personas mayores de 64 años en España (%), 1975-2011*

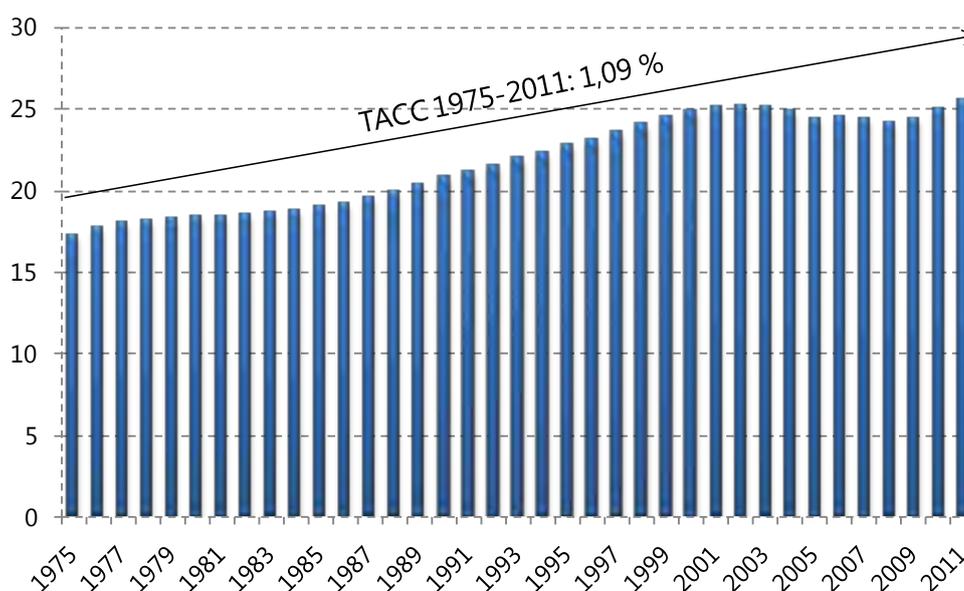


Fuente: *Elaboración propia a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística (INE)*

Además, según datos del INE, en el año 2050 la población mayor de 65 años se duplicará en comparación con los datos actuales, por lo que la tasa alcanzará el 30% de la población, lo que supone un total de 16 millones de personas. Para este mismo año, las estimaciones del INE señalan que la población mayor de 80 años alcanzará casi los 6 millones de personas.

A continuación se puede apreciar la relación directa existente entre la edad y la dependencia de las personas. Mientras que en 1975 la tasa de dependencia estaba cercana al 17% en 2011 está se ha incrementado hasta el 25,55%. Sin duda, un factor influyente en este aumento es el mayor número de población que existe de este rango de edad. Cabe destacar que los mayores casos de dependencia están desencadenados como causa de enfermedades crónicas.

Gráfico 4: Tasa de dependencia en personas mayores de 64 años en España (%), 1975-2011



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística (INE)

Teniendo en cuenta que las personas mayores son las que más padecen las enfermedades crónicas, son realmente preocupantes las estimaciones que se prevén para las próximas décadas. Así pues, se estima que en el año 2030 el número de personas mayores de 65 años que padecen enfermedades crónicas se duplicará. Cabe destacar que las enfermedades crónicas son la causa del 80% de las muertes en todo el mundo. Se estima que de los 64 millones de personas que fallecerán en 2015, 41 millones lo harán a causa de enfermedades crónicas.

Otro dato preocupante, teniendo en cuenta toda la información analizada hasta el momento, es que este tipo de enfermedades serán la primer causa de discapacidad en el mundo en poco menos de diez años. Sin duda, se trata de datos y estimaciones que resultan realmente alarmantes tanto desde el punto de vista social como desde el punto de vista económico.

### 2.1.2 CRONICIDAD EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

En primer lugar, hay que tener en cuenta que el objeto de estudio se centra en la Comunidad Valenciana, por lo que es imprescindible analizar los datos referentes a dicha comunidad autónoma.

Por lo que respecta a los datos estadísticos, de las cifras se desprende que en la Comunidad Valenciana los fenómenos demográficos siguen los mismos patrones que a nivel estatal. La evolución de todas las variables analizadas presenta la misma tendencia; a continuación, se presenta un resumen global de la variación de los datos en dicha comunidad así como la comparativa entre la Comunidad Valenciana y España (puntos básicos, p.b.)

Tabla 2: *Comparativa de la tasa de natalidad bruta en la C. Valenciana y España (%), 1975-2011*

	1975	2011	Variación
C. Valenciana	19,5	9,89	▼ 961 p.b.
España	18,73	10,07	▼ 866 p.b.

Fuente: *Elaboración propia a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística (INE)*

Tabla 3: *Comparativa de la esperanza de vida en la C. Valenciana y España, 1975-2011*

	1975	2011	Variación
C. Valenciana	76,56	81,82	▲ 526 p.b.
España	77,09	82,24	▲ 515 p.b.

Fuente: *Elaboración propia a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística (INE)*

Tabla 4: *Comparativa de la proporción de personas mayores de 64 años C. Valenciana y España, 1975-2011*

	1975	2011	Variación
C. Valenciana	10,95	16,88	▲ 593 p.b.
España	10,45	17,11	▲ 666 p.b.

Fuente: *Elaboración propia a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística (INE)*

Tabla 5: *Comparativa de la tasa de dependencia de personas mayores de 64 años en la C. Valenciana y España, 1975-2011*

	1975	2011	Variación
C. Valenciana	18,15	25,19	▲ 704 p.b.
España	17,29	25,22	▲ 826 p.b.

Fuente: *Elaboración propia a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística (INE)*

En segundo lugar, se analiza el impacto de los enfermos crónicos en el territorio valenciano. Hasta el momento, para analizar los datos demográficos, se ha utilizado como factor de discriminación la edad de 65 años, ya que, por definición, se consideran personas mayores las que tiene o superan dicha edad.

Sin embargo, para estudiar el impacto de los enfermos crónicos mayores en la Comunidad Valenciana se considera más apropiado utilizar la edad límite de 75 años. Se toma esta edad como factor de referencia con el fin de ofrecer unos datos más conservadores y no desvirtuar la información, pues hay que tener en cuenta ciertos elementos:

- En primer lugar, la edad cronológica no se corresponde con la manifestación de la vejez, siendo las personas mayores de 75 años las que presentan un envejecimiento real de acuerdo a su edad.
- En segundo lugar, la esperanza de vida ha experimentado una gran evolución, ampliándose notablemente en las últimas décadas. Así pues, si para el análisis se tomase como edad de corte los 65 años, el rango de edad que se engloba sería demasiado elevado (desde los 65 hasta los 85 años).

- En tercer y último lugar, si bien es cierto que la mayor incidencia de enfermedades crónicas se da en personas mayores de 65 años, la relevancia de éstas se acrecienta a partir de los 75. De este modo, si se tomara como edad de referencia los 65 años, se estaría distorsionando ligeramente la realidad, dando un efecto superior al que realmente es.

Además del criterio de la edad (75 años), hay que tener en cuenta que las enfermedades crónicas que representan un mayor impacto económico en el sistema sanitario de salud son las denominadas “enfermedades crónicas avanzadas”, pues por su magnitud requieren un tratamiento más específico, y sobre todo, su duración se prolonga más en el tiempo. Por ello, para estimar el número de enfermos crónicos en la Comunidad Valenciana sólo se tendrán en cuenta los que padecen una de tipología avanzada.<sup>3</sup>

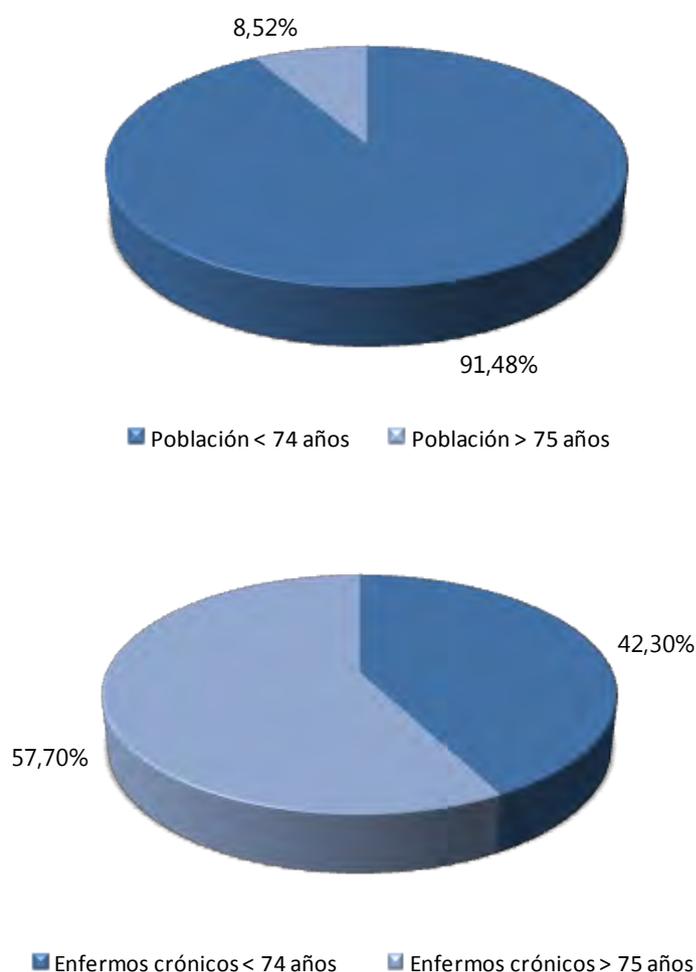
Teniendo en cuenta los criterios utilizados para el análisis, las personas con una edad superior a los 75 años tienen un peso muy importante en el total de la población valenciana ya que el 8,52% del total de la población de la Comunidad Valenciana supera dicha edad. Además, en la comunidad hay aproximadamente 83.400 enfermos crónicos avanzados; el 42,3% de éstos tienen entre 15 y 74 años y el 57,7% son mayores de 75 años.

Considerando el porcentaje de la población que representan los mayores de 75 años, la proporción de enfermos crónicos que superan dicha edad es realmente muy elevada. De hecho, casi la totalidad de personas mayores 75 años es un enfermo crónico, ya que el 8,18% del total de la población es un enfermo crónico de mayor de 75 años y sólo el 1,24% sobre el total de la población es un enfermo crónico de entre 15 y 74 años. En la el gráfico 5 se puede apreciar gráficamente esta relación:

---

<sup>3</sup> Los pacientes con enfermedades crónicas avanzadas son el perfil de pacientes que ingresan en los HACLE (Hospitales de atención a crónicos y larga estancia), tal y como se verá en el epígrafe 2.2.2., por ello se toma este dato como referencia.

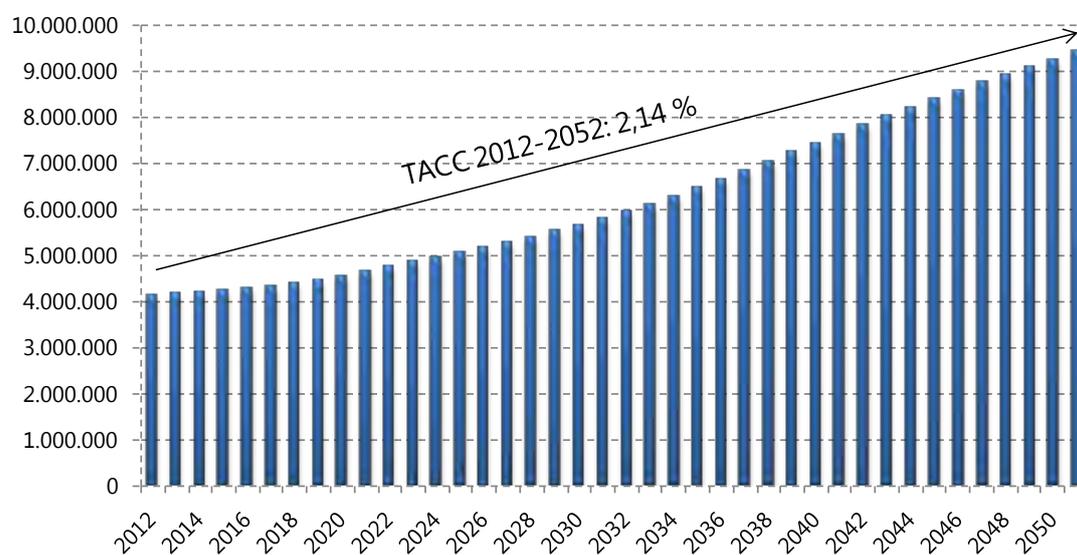
Gráfico 5: *Relación entre población mayor de 75 años y enfermos crónicos mayores de 75 años en la C. Valenciana (%)*



*Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Plan integral de atención sanitaria a las personas mayores y a los enfermos crónicos en la C. Valenciana, 2007-2011*

Por último, las estadísticas a nivel nacional reflejan que la población mayor de 75 años va a incrementarse exponencialmente en las próximas décadas. Mientras que en el año 2012 la población en España mayor de 75 años es de 4.109.406, en el año 2052 dicha población alcanzará la cifra de 9.576.564. Es decir, en 40 años, la población mayor de 75 años se incrementará en un 133%, lo que supone una TACC del 2,14%.

Gráfico 6: Proyección de personas mayores de 64 años en España, 2012-2052



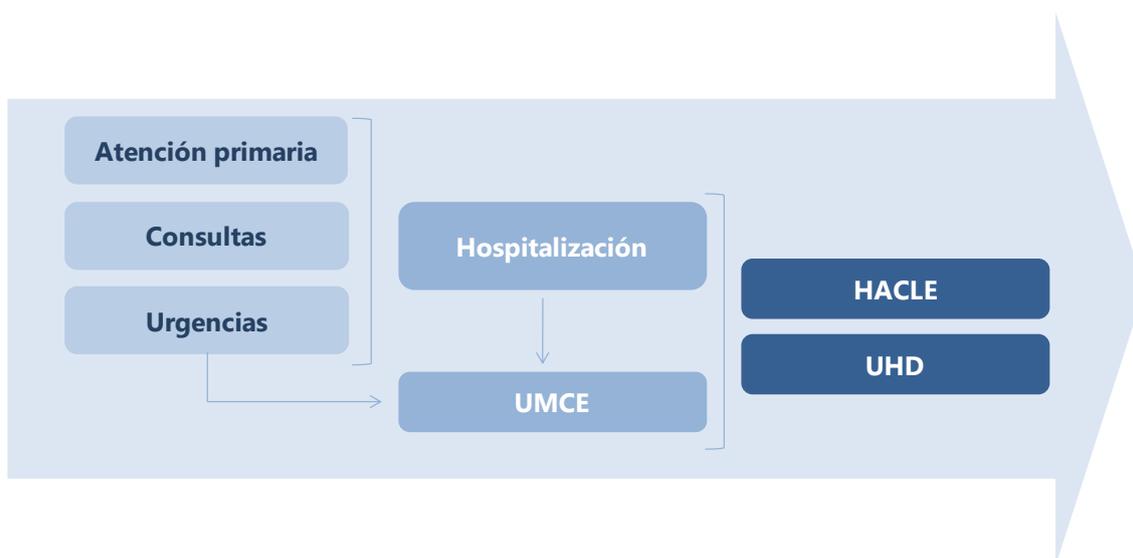
Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística (INE)

## 2.2. ASISTENCIA A ENFERMOS CRÓNICOS

### 2.2.1 SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El sistema de sanidad del que disponemos hoy en día sigue el siguiente esquema en lo que a atención de pacientes crónicos se refiere<sup>4</sup>:

Figura 1: Esquema de atención a pacientes crónicos en el Sistema Nacional de Salud



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Plan integral de atención sanitaria a las personas mayores y a los enfermos crónicos en la C. Valenciana, 2007-2011

Los enfermos crónicos, al igual que el resto de pacientes, acceden al sistema sanitario mediante tres vías: atención primaria, consultas o urgencias. Se trata del primer nivel de acceso para los ciudadanos y son centros polivalentes que ofrecen una respuesta integral y rápida a las necesidades del paciente.

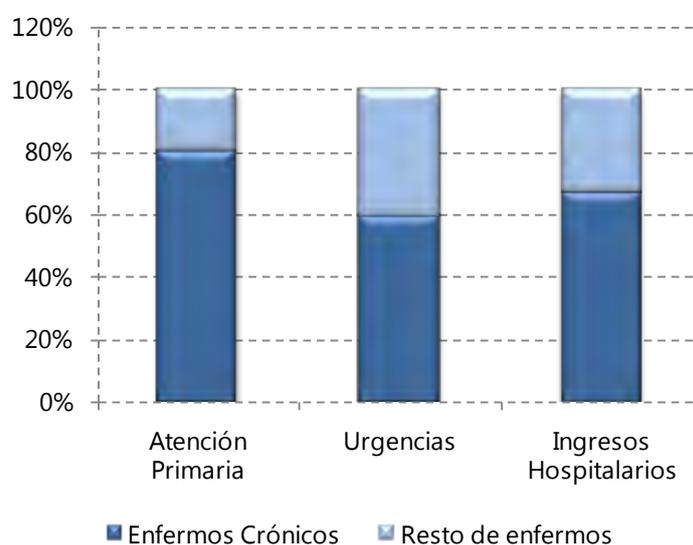
En el caso de que sea necesaria la derivación del paciente, se procede a su ingreso en el hospital de agudos, donde se trata de estabilizar a los enfermos que sufren algún episodio grave. Ahora bien, los pacientes crónicos, en función de su gravedad pueden ser derivados a las unidades médicas de corta estancia (UMCE) – ya sea a través de urgencias o tras la hospitalización – para que se atienda de manera integral las patologías sufridas por este tipo de enfermos (crónicos de larga evolución, ancianos frágiles y pacientes terminales).

<sup>4</sup> Cabe destacar que, aunque se haga mención expresa al Sistema Nacional de Salud, el modelo es aplicable a todas las comunidades autónomas y, por tanto, a la Comunidad Valenciana.

Por otra parte, los enfermos crónicos que presentan una mayor gravedad y estados de dependencia avanzados (sobre todo los mayores de 65 años) son desplazados a los hospitales de asistencia a crónicos y larga estancia (HACLE), donde se planifican de manera individualizada los cuidados que requiere cada paciente en función de sus necesidades<sup>5</sup>. No obstante, si la gravedad del enfermo está en un estadio menor, el paciente puede ser atendido mediante las unidades de hospitalización a domicilio (UHD), mediante las cuales se permite la atención en los hogares evitando ingresos innecesarios.

En la Comunidad Valenciana, la mayor parte de las atenciones sanitarias se han destinado a pacientes crónicos, otro dato más que confirma el peso relativo de este tipo de enfermos en el sistema de salud. Hay que poner de manifiesto que, en la actualidad, cerca del 60% de la población adulta de la Comunidad Valenciana padece alguna tipología de enfermedad crónica. La atención a los pacientes que sufren dichas dolencias supone el 80% de las consultas de atención primaria, el 67% de los ingresos hospitalarios y el 60% de los pacientes atendidos en urgencias.

Gráfico 7: *Asistencia a enfermos crónicos en la C. Valenciana (%)*



*Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Plan de atención a pacientes crónicos en la C. Valenciana. Conselleria de Sanitat (2012)*

<sup>5</sup> Los HACLE serán analizados con mayor profundidad en el siguiente epígrafe dada la relevancia que tienen en el análisis.

### **2.2.2 LOS HACLE: “HOSPITALES DE ATENCIÓN A PACIENTES CRÓNICOS Y DE LARGA ESTANCIA”**

Teniendo en consideración la evolución analizada anteriormente, esto es, el incremento de enfermos crónicos y, con ello, el incremento de la tasa de dependencia, resultaba imprescindible que el modelo sanitario se ajustara a la realidad imperante.

La causa por la que se debía adecuar el modelo venía dado por las largas estancias que conllevaba el ingreso de estos pacientes en los hospitales de agudos. Además de suponer un coste muy elevado, la hospitalización de los enfermos crónicos dilata el tiempo de las listas de espera, pues las camas que quedan a disposición del resto de usuarios se reducen.

Así pues, en 1995, mediante la Orden de 30 de marzo, se crea el Programa especial de atención sanitaria a pacientes ancianos, a pacientes con enfermedades de larga evolución y a pacientes en situación terminal (más conocido como Programa PALET). Las pautas recogidas en dicho programa hacían necesario que se llevase a cabo una reestructuración de la configuración sanitaria existente hasta el momento, adecuando las instalaciones hospitalarias a los requerimientos exigidos. Las principales características que definen el programa PALET se detallan con mayor precisión en el Anexo I de este trabajo.

Por tanto, el programa PALET no es más que la antesala de la Orden de 13 de octubre de 1997, de la Conselleria de Sanitat, por la que se definen los objetivos asistenciales, de gestión y la estructura de los hospitales asistenciales de larga estancia (más conocidos como HACLE).<sup>6</sup>

El objetivo principal de estos centros – los HACLE – no es tanto la curación de los enfermos que los ocupan sino más bien los cuidados y la mejora de su calidad de vida, ya que las enfermedades crónicas, por definición, son las que carecen de tratamiento o de respuesta al mismo.

---

<sup>6</sup> La Orden de 13 de octubre de 1997, de la Conselleria de Sanitat, por la que se definen los objetivos asistenciales, de gestión y la estructura de los hospitales asistenciales de larga estancia, está recogida en el Anexo II

Atendiendo a la configuración de la Comunidad Valenciana, actualmente existen seis HACLE en la misma; uno en la provincia de Castellón, tres en la provincia de Valencia y dos en la provincia de Alicante. De este modo, la Comunidad Valenciana cuenta con un total de 834 camas repartidas en los diferentes centros.

Figura 2: *Distribución de HACLE en la Comunidad Valenciana (número de camas)*



Fuente: *Elaboración propia a partir de datos del Plan de atención a pacientes crónicos en la C. Valenciana. Conselleria de Sanitat (2012)*

### 2.2.3 RESIDIENCIAS GERIÁTRICAS

En la última década, el número de residencias para la tercera edad se ha incrementado. Básicamente son dos los factores que, interrelacionados entre ellos, propiciaron el crecimiento de dichos centros residenciales.

Por una parte, en el año 2003 se aprobó en el Pleno del Congreso de los Diputados la Renovación del Pacto de Toledo<sup>7</sup>. Concretamente, la Recomendación Adicional Tercera decía expresamente: *“resulta por tanto necesario configurar un sistema integrado que aborde desde la perspectiva de globalidad el fenómeno de la dependencia y la Comisión considera necesaria una pronta regulación en la que se recoja la definición de dependencia, la situación actual de su cobertura, los retos previstos y las posibles alternativas para su protección”*. A partir de este momento, se empezó a trabajar en lo que popularmente se conoce como la “Ley de Dependencia”<sup>8</sup>, una esperanza para todos aquellos que padecen una situación que no les permite valerse por sí mismos y que requieren de la ayuda de un tercero para llevar a cabo las simples actividades cotidianas.

Por otra parte, a principios de la década del 2000, el sector inmobiliario se vio inmerso en un momento de fuerte crecimiento, años que se han pasado a catalogar como “la época del ladrillo”, ya que las inversiones inmobiliarias tuvieron mucha relevancia en el panorama económico del país. Así pues, las residencias para personas mayores también se vieron involucradas en el *boom* inmobiliario, ya que las perspectivas de crecimiento de este negocio eran muy atractivas.

La oportunidad de negocio que suponía invertir en la construcción de centros residenciales parecía clara. Y más todavía si se tiene en cuenta el elevado volumen de construcción que estaba imperando en todo el panorama nacional. Las Administraciones Públicas establecían normas de colaboración y participación con el fin de optimizar los recursos públicos y privados para ayudar a las personas dependientes. Por tanto, teniendo en cuenta que las familias iban a recibir prestaciones económicas para tratar a las personas dependientes se esperaba un fuerte crecimiento en la demanda de las plazas residenciales, por lo que la oferta empezó a incrementarse.

---

<sup>7</sup> El Pacto de Toledo fue aprobado por el Pleno del Congreso de los Diputados de España durante la sesión del 6 de abril de 1995. Nace como consecuencia del documento previamente aprobado por la Comisión de Presupuestos, el día 30 de marzo de 1995, referente al *“análisis de los problemas estructurales del sistema de Seguridad Social y de las principales reformas que deban acometerse”*

<sup>8</sup> Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

Sin embargo, dichas previsiones de crecimiento en la ocupación de residencias geriátricas no fueron tan buenas como se auguraba. Son también dos los motivos que lo explican.

En primer lugar, la crisis económica en la que se vio inmerso nuestro país a partir del año 2007 conllevó que se llevaran a cabo modificaciones en la ley de dependencia que iban a reducir las prestaciones recibidas por los beneficiarios así como el número de personas que tenían acceso a las mismas. El *Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad* es el que establece las mayores modificaciones de la ley de dependencia, las cuales se pueden resumir en tres grandes bloques:

- En primer lugar, el presupuesto destinado al pago de las ayudas sufrió una fuerte minoración. El nivel mínimo de financiación se redujo un 13% y previamente, se produjo un recorte de 283 millones de euros que afectó a todas las Comunidades Autónomas.
- En segundo lugar, se introdujo el sistema de copago para los dependientes con rentas superiores al IPREM (Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples), el cual puede alcanzar hasta el 90% del precio del servicio.<sup>9</sup>
- En tercer lugar, se hace muy difícil reclamar los pagos atrasados; hasta entonces, se podían reclamar los pagos atrasados a partir de los seis meses desde su reconocimiento, un plazo que se amplía hasta los dos años. Se estima que, existen 260.000 personas que están pendientes de recibir la prestación.

El segundo de los motivos por el que la ocupación de las residencias no fue el esperado se explica mediante un factor cultural. España se caracteriza por ser un país que ha predominado por cuidar a las personas mayores en su propia casa, existiendo una cultura escasa de llevar a los enfermos dependientes a residencias. Así pues, el hecho de que no se promueva el acceso a los centros residenciales y que, por costumbre, se suele cuidar a los enfermos en los hogares, no beneficia la demanda de los geriátricos.

---

<sup>9</sup> El IPREM para el año 2012 es de 532,51 euros mensuales.

## **3. ANTECEDENTES**

### 3.1. COLABORACIÓN SOCIOSANITARIA PÚBLICO-PRIVADA

Previamente a abordar el contenido de este epígrafe, el cual constituye una parte esencial de la tesis, es necesario definir la atención socio-sanitaria. Cabe destacar que, si bien es cierto que existen diversos cuerpos legales que hacen mención expresa a la atención socio-sanitaria, no existe ninguna normativa que la regule específicamente, debiendo de atender a las diferentes alusiones que se recogen en leyes estatales y sectoriales.

La atención socio-sanitaria, según la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, se define como *“el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social”*. Atendiendo a la misma ley, *“la atención socio-sanitaria se llevará a cabo en los niveles de atención que cada comunidad autónoma determine y en cualquier caso comprenderá: a) Los cuidados sanitarios de larga duración; b) La atención sanitaria a la convalecencia y c) La rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.”*

Una vez esclarecido qué es la asistencia socio-sanitaria y su ámbito de aplicación, se está en disposición de explicar en qué consiste la colaboración socio-sanitaria, justificando cuáles son los motivos por lo que debe darse tal cooperación así como el mejor modo de llevarla a cabo.

En primer lugar, hay que recordar dos datos estadísticos que se han presentado en el apartado anterior y que son la base de las propuestas que se van a desarrollar:

- La evolución demográfica evidencia que en menos de cuarenta años, la población mayor de 65 años se ha incrementado en un 7%; no obstante, este aumento será mucho mayor en los próximos años teniendo en cuenta la esperanza de vida actual. Así pues, las previsiones señalan que en los próximos cuarenta años, este incremento será del 75%.
- Por otra parte, se debe tener en cuenta una relación triangular que incluye tres variables. Dicha relación comprende la edad, la dependencia y las enfermedades crónicas. Conforme aumenta la población mayor de 65 años, la tasa de dependencia incrementa de manera proporcional; además, las personas mayores son las que más padecen enfermedades crónicas y, a su vez, la principal causa de dependencia viene desencadenada por una enfermedad crónica.

A la luz de estos datos, las autoridades sanitarias se hicieron eco de la necesidad de adecuar el sistema actual para hacer frente a las necesidades que demandaba esta situación. Para ello, tal y como se ha explicado anteriormente, se empezaron a poner en funcionamiento los Hospitales de atención a pacientes crónicos y de larga estancia (HACLE). Ahora bien, teniendo en cuenta la evolución prevista en el incremento de estos pacientes, el Plan integral de atención sanitaria a las personas mayores y a los enfermos crónicos en la Comunidad Valenciana (2007-2011), apuntaba la necesidad de construir más HACLE con el fin de cubrir las necesidades existentes y potenciales.

Así pues, se estimaba que en el año 2010 debían de existir diez HACLE, es decir, uno por cada 500.000 habitantes, considerando que cada uno de ellos tiene, de media, 150 plazas. Por tanto, el objetivo era que existiesen 1.500 plazas a disposición de los usuarios valencianos.

Hasta el momento existían seis HACLE en la Comunidad Valenciana (ver figura 2), los cuales estaban dotados, en conjunto, de un total de 834 plazas.

Tabla 6: *Plazas existentes en HACLE de la Comunidad Valenciana*

Provincia	HACLE	Plazas
Castellón	H. La Magdalena	204
Valencia	H. Doctor Moliner	179
Valencia	H. Militar	40
Valencia	H. Padre Jofré	125
Alicante	H. La Pedrera	107
Alicante	H. San Vicente del Raspeig	179
<b>Total</b>		<b>834</b>

*Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Plan de atención a pacientes crónicos en la C. Valenciana. Conselleria de Sanitat (2012)*

Teniendo en cuenta el número de plazas existentes y el número de plazas que se pretendía alcanzar, era necesario crear 666 nuevas plazas en la Comunidad Valenciana.

Figura 3: *Plazas necesarias en HACLE de la Comunidad Valenciana*

*Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Plan de atención a pacientes crónicos en la C. Valenciana. Conselleria de Sanitat (2012)*

Ahora bien, a fecha de hoy, siguen existiendo los mismos HACLE y las mismas plazas, ya que el gasto que supone tanto la creación de los mismos como el mantenimiento, es muy elevado. De hecho, muchas han sido las noticias corroboradas por la Administración valenciana que evidenciaban que podía producirse el cierre de alguno de los HACLE, concretamente el del antiguo hospital militar. Hasta el momento no se ha producido el cierre del mismo, pero sin duda, se trata de una pista sobre la poca rentabilidad que supone el mantenimiento de estos centros.<sup>10</sup>

Por tanto, como la creación de nuevos HACLE no resulta una opción sostenible, hay que buscar nuevos mecanismos que permitan articular soluciones para un problema más que latente, ya que la realidad del mismo invade la sociedad actual. Así pues, entra aquí en juego otro de los elementos analizados en el apartado anterior, concretamente las residencias geriátricas, de las cuales hay que recordar también dos datos:

- Por una parte, en la década pasada se produjo un fuerte incremento de las residencias de ancianos con motivo de la futura ley de dependencia – que auguraba un crecimiento de la demanda en este sector – y como consecuencia del boom inmobiliario que imperaba en el país.
- Por otra parte, como la ley de dependencia sufrió modificaciones que iban en detrimento del perceptor de la prestación y dada la cultura de cuidar a los enfermos mayores en casa, la demanda de plazas de centros residenciales no fue tan fuerte como se esperaba.

<sup>10</sup> No obstante, la valoración económica será tratada con mayor detalle en el epígrafe siguiente “3.3 Evaluación de costes”

En la actualidad, prácticamente la totalidad de las residencias cierran el año con plazas libres. En la siguiente tabla se observa cómo ha evolucionado la situación en los últimos años:

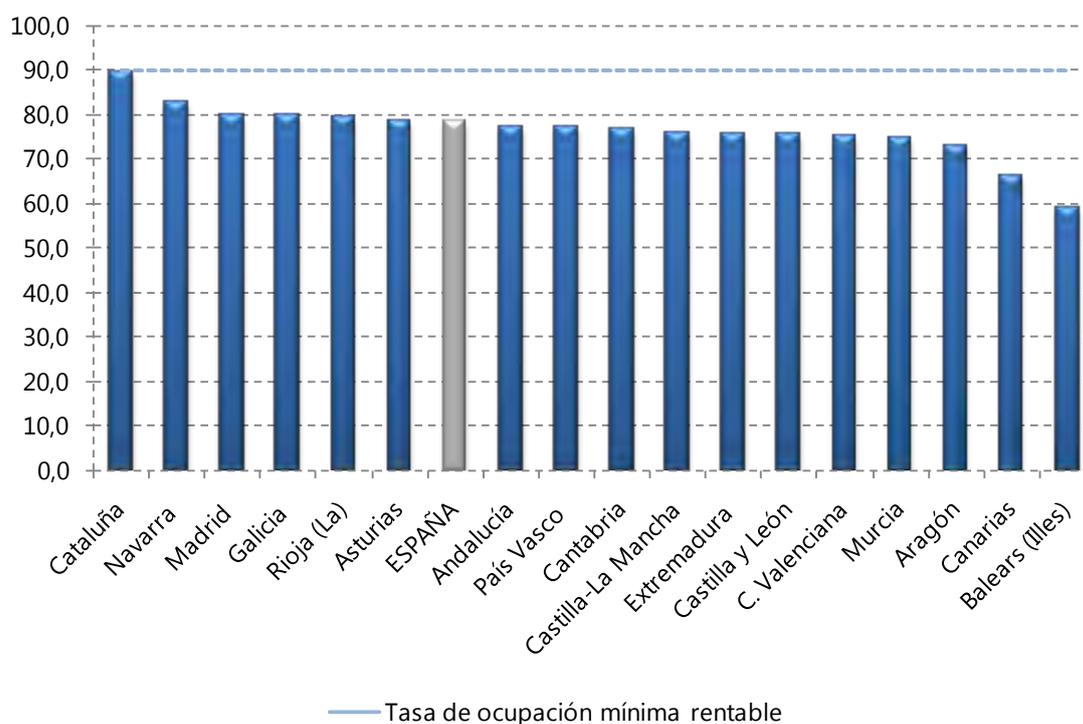
Tabla 7: *Porcentaje de residencias con plazas libres*

Año	Porcentaje de residencias con plazas libres
2011	98,4 %
2010	85,0 %
2009	76,0 %

Fuente: *Elaboración propia a partir de datos de [www.inforesidencias.com](http://www.inforesidencias.com)*

Además, para que una residencia resulte rentable en términos económicos, debe tener una tasa de ocupación mínima del 90%. Actualmente, la práctica totalidad de los centros residenciales cierran el año con plazas libres, pero el principal problema es que muchas de ellas lo hacen con tasas inferiores al 70%.

Gráfico 8: *Nivel de ocupación de las residencias de personas mayores por Comunidad Autónoma (%), 2011*



Fuente: *Elaboración propia a partir de datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística (INE)*

Así pues, si construir y mantener nuevos HACLE no es viable, y las residencias geriátricas ya construidas no están proporcionando el resultado deseado en la actualidad, se propone llevar a cabo una colaboración entre el ámbito público y privado de manera que todas las partes obtengan beneficio.

A raíz de las modificaciones operadas sobre la Ley de la Dependencia mediante el Real Decreto-Ley 20/2012 (explicadas en el epígrafe “2.2.3 Residencias Geriátricas”), la Conselleria de Justicia y Bienestar Social de la Comunidad Valenciana, ajustó la antigua regulación autonómica para adaptarse a las modificaciones operadas por el legislador estatal.<sup>11</sup> La cuestión más relevante a efectos de este análisis viene establecida en el artículo 6.

*“Artículo 6. Red de Centros y Servicios Públicos y Concertados del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en la Comunitat Valenciana*

*1. A los efectos de lo dispuesto en esta orden se consideran integrados en la Red de Centros y Servicios Públicos y Concertados del Sistema de Atención a la Dependencia en la Comunitat Valenciana los siguientes centros [...]:*

*c) Centros y servicios privados concertados.*

*d) Centros del plan de accesibilidad social de conformidad con lo establecido en la disposición transitoria séptima de esta orden”*

Sin duda, esta regulación sienta las bases para que se pueda producir la colaboración sociosanitaria entre hospitales y residencias. Además, la disposición transitoria séptima establece que *“Mediante la presente orden queda fijado el alcance de su régimen de concierto, con la obligación de la Conselleria con competencia en materia de bienestar social, de concertar dos tercios de sus plazas, y la correspondiente obligación de los centros de puesta a disposición de la Conselleria de ese número de plazas. Todo ello siempre sujeto a la existencia de disponibilidad presupuestaria, de demanda y a la precisa concreción de la misma y su idoneidad en el Plan Individual de Atención.”*

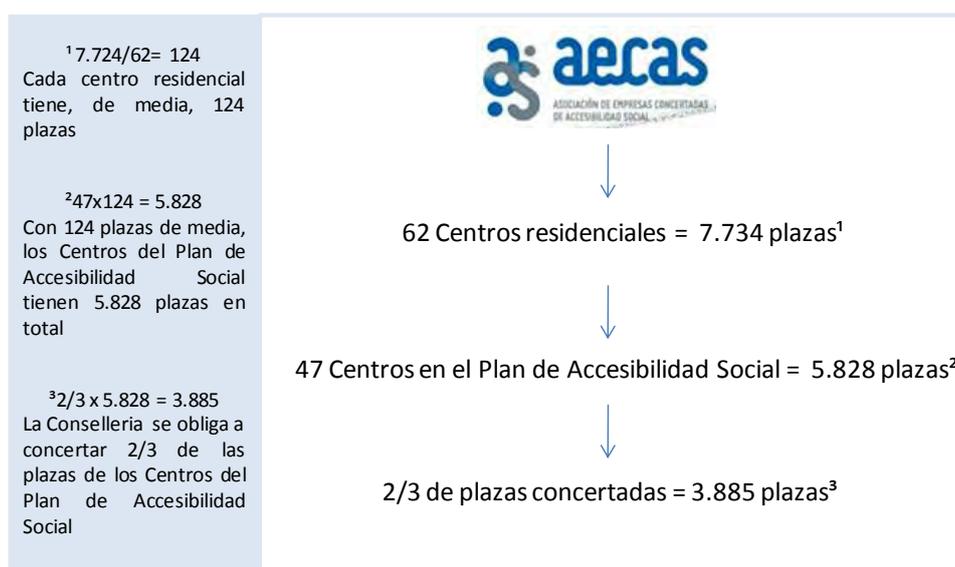
La Asociación de empresas concertadas de accesibilidad social (AECAS) nació con el fin de defender los derechos e intereses de los operadores del Plan de accesibilidad social de la Comunidad Valenciana. AECAS cuenta con un total de 62 centros ligados a la asociación, lo que supone un total de 7.734 plazas y más de 4.200 trabajadores. De

<sup>11</sup> La “Orden 21/2012, de 25 de octubre, de la Conselleria de Justicia y Bienestar Social, por la que se regulan los requisitos y condiciones de acceso al programa de atención a las personas y a sus familiares en el marco del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en la Comunidad Valenciana” modifica la “Orden de 5 de diciembre de 2007 de la Conselleria de Bienestar Social que regula el procedimiento de Aprobación del Programa Individual de Atención.”

todos estos centros, 47 pertenecen a la Red Valenciana de Atención a la Dependencia, al ser centros del Plan de Accesibilidad Social concertadas por la Conselleria de Justicia y Bienestar Social. Esto supone que 3.812 plazas son parte de este concierto con la Administración.

Si atendemos a la Disposición transitoria séptima a la que se acaba de hacer mención, se observa que la Administración se obliga a concertar dos terceras partes de las plazas totales de cada residencia. Si se realiza este cálculo con los centros residenciales que pertenecen a AECAS, se cumple la normativa establecida por la Conselleria de Justicia y Bienestar Social.

Figura 4: Centros residenciales adscritos a AECAS y plazas concertadas con la Conselleria.

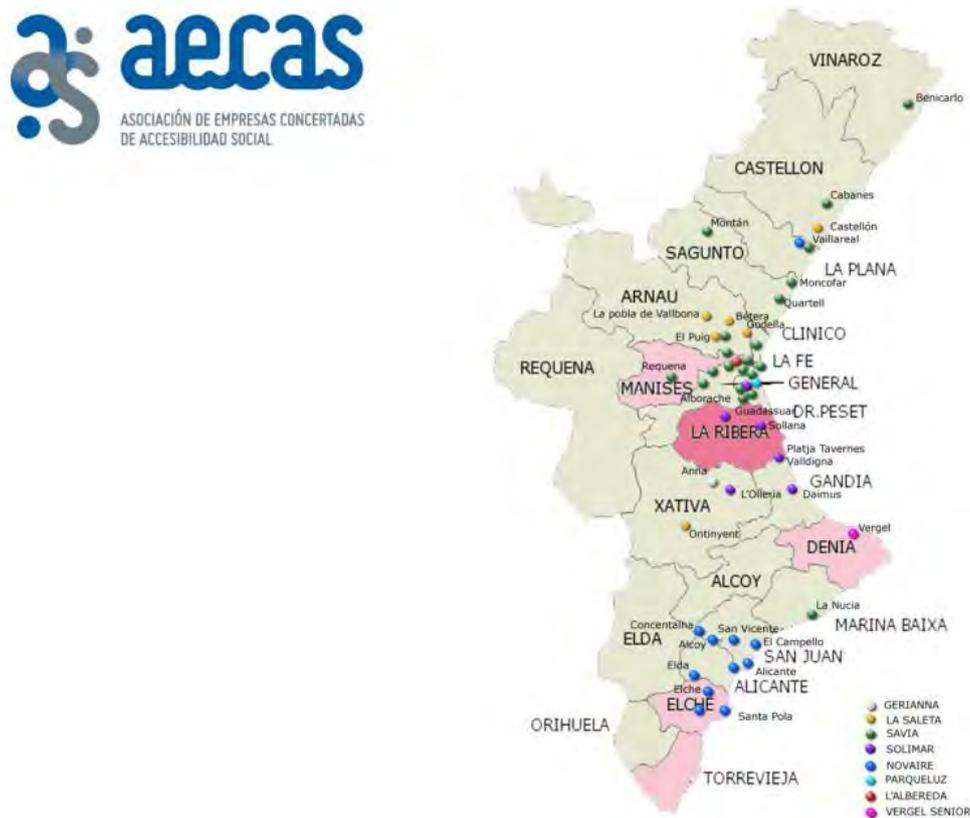


*Nota: El total de plazas concertadas reales es de 3.812. No obstante, cabe recordar que se trata de una estimación, ya que no se dispone del número real de camas de cada centro residencial.*

*Fuente: Elaboración propia a partir de datos proporcionados por AECAS (Asociación de Empresas Concertadas de Accesibilidad Social).*

Además, los centros de AECAS se encuentran repartidos por los 24 departamentos de salud de la Comunidad Valenciana, tal y como se aprecia en la siguiente figura:

Figura 5: *Distribución de centros residenciales concertados en los 24 departamentos de salud de la C. Valenciana*



Fuente: *Elaboración propia a partir de datos proporcionados por la Asociación de empresas concertadas de accesibilidad social*

Por tanto, ya que la legislación permite que se lleve a cabo tal colaboración entre entes sanitarios y sociales, y se cuentan con las infraestructuras óptimas para desarrollarlo, sólo falta articular los mecanismos necesarios para que la cooperación entre ambos sistemas funcione como un engranaje perfecto.

### **3.2. CASO DE ÉXITO: COLABORACIÓN ENTRE EL HOSPITAL LA RIBERA (ALZIRA) Y RESIDENCIA SOLIMAR (URF<sup>12</sup>)**

En el año 2010, el Hospital de La Ribera (Hospital de Alzira) y la Residencia Solimar firmaron un acuerdo de colaboración para mejorar la asistencia sociosanitaria. La cooperación entre ambas entidades ha proporcionado resultados positivos para todas las partes integrantes en el acuerdo. Los costes de tratar al paciente en la Unidad de recuperación funcional de Solimar son mucho menores, la residencia ha incrementado la tasa de ocupación mediante el ingreso de los pacientes derivados del hospital y los enfermos que han sido tratados en Solimar han obtenido mejoras en su salud.

Las Unidades de recuperación funcional tratan a pacientes en procesos de convalecencia y tienen como objetivo conseguir o completar el proceso de rehabilitación. Estas unidades están diseñadas para atender a pacientes ya diagnosticados, que han sobrepasado la fase aguda de la enfermedad y que deben continuar los cuidados clínicos y rehabilitadores. Así pues, se puede concluir que funcionan como los HACLE.

Por tanto, el modelo funciona del siguiente modo; una vez que el paciente ha sido tratado en el hospital de agudos y ha superado la fase crítica por la que fue ingresado, el enfermo crónico es transferido a la unidad geriátrica de recuperación funcional, en las instalaciones de Solimar, donde se lleva a cabo su rehabilitación. Cabe destacar que el ingreso hospitalario de un enfermo crónico no siempre conlleva la posterior estancia en una unidad de recuperación funcional. La tipología de pacientes que ingresan en las URF por derivación hospitalaria son:

- Pacientes mayores que precisan completar cuidados rehabilitadores para poder volver a vivir de forma independiente en el domicilio.
- Pacientes con enfermedad crónica evolucionada.
- Pacientes en situación de enfermedad terminal no subsidiarios de Unidades de hospitalización a domicilio.
- Pacientes con problema social.

El personal facultativo del hospital será quien tome la decisión sobre la derivación o no a una URF, teniendo en cuenta los criterios que se acaban de exponer así como la disponibilidad de camas en dichas Unidades.

Es necesario contar con diversos niveles de servicios asistenciales ya que, en caso contrario, o se está en un nivel de mayor complejidad asistencial de la que se necesita, consumiendo recursos innecesarios, o se está en un nivel menor al requerido, en cuyo

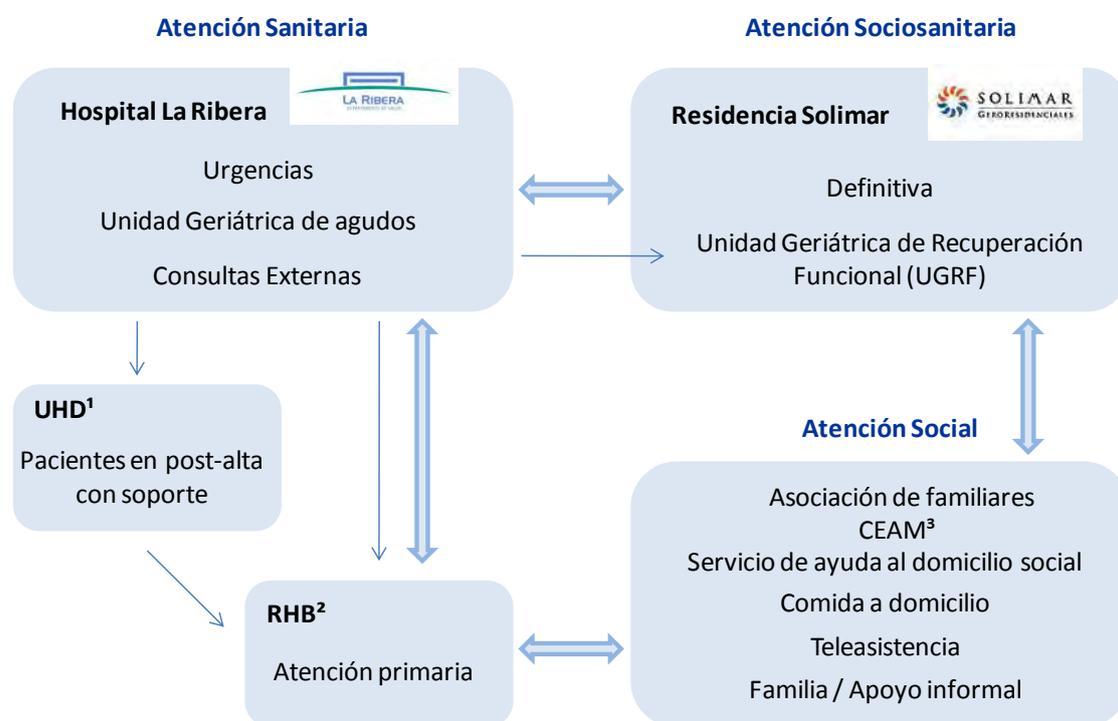
---

<sup>12</sup> Unidad de Recuperación Funcional

caso no se recibe la asistencia necesaria y, a la larga, genera mayor consumo de recursos. En caso de que el paciente no tenga dicho perfil para ser transferido a una URF, puede ser atendido – *a posteriori* del alta hospitalaria – por la Unidades de hospitalización a domicilio (UHD), o bien, llevar a cabo su rehabilitación acudiendo al centro de atención primaria. Por otra parte, existen recursos que se corresponden puramente a un modelo de atención social; forman parte de este sistema, por ejemplo, las asociaciones de familiares, los centros especializados de atención al mayor (CEAM), el servicio social de ayuda a domicilio (SSAD) o la teleasistencia.

Para que se desarrolle correctamente este modelo es esencial que exista un verdadero espíritu de coordinación sociosanitaria. Así pues, es esencial aunar el trabajo de todos los partícipes en el modelo. Por una parte, los trabajadores sociales deben de coordinar las acciones de los centros de atención primaria y del Hospital La Ribera. Y, por otra parte, la sección de geriatría del Hospital y los médicos y supervisores de la residencia Solimar deben gestionar conjuntamente los casos de cada paciente. De este modo, los trabajadores sociales hacen efectiva la coordinación basada en la evaluación de necesidades y la solicitud de recursos sociales, mientras que las reuniones sociosanitarias son las que realmente hacen efectiva la coordinación sociosanitaria a nivel asistencial. En la siguiente figura se aprecia cómo se organiza tal coordinación entre el Hospital La Ribera y la residencia Solimar.

Figura 6: Esquema de colaboración sociosanitaria entre Hospital La Ribera y Residencia Solimar



Nota<sup>1</sup>: Unidad Hospitalaria a Domicilio; Nota<sup>2</sup>: Rehabilitación; Nota<sup>3</sup>: Centros Especializados de Atención al Mayor

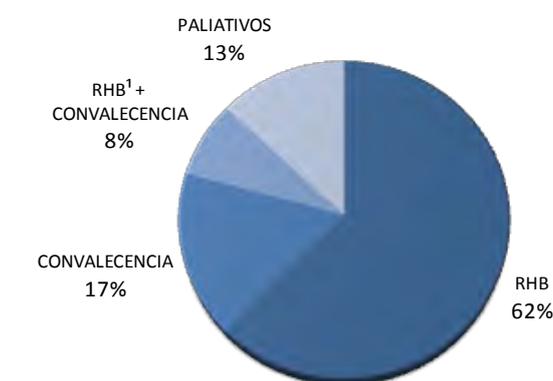
→ Movimiento del paciente por los diferentes centros    ↔ Coordinación sanitaria, social y sociosanitaria

Fuente: Elaboración propia a partir de datos proporcionados por el Hospital La Ribera y la Residencia Solimar

La opción de crear la Unidad de Recuperación Funcional en Solimar ha sido la mejor estrategia para desarrollar la colaboración sociosanitaria ya que se trata de una residencia para mayores dependientes que cuenta con centro de día y que además se encuentra en las inmediaciones del Hospital. Asimismo, la URF de Solimar contaba con todos los requisitos necesarios para atender a pacientes crónicos y de larga estancia, tanto por los servicios ofrecidos, como por la infraestructura e instalaciones, como por los recursos humanos. En el Anexo III se puede apreciar la cartera de servicios, recursos estructurales y recursos humanos con los que cuenta la unidad de recuperación funcional (URF) de Solimar.

Teniendo en cuenta las tipologías de enfermedades crónicas en función de los GRD<sup>13</sup> a las que se han hecho referencia en el epígrafe “2.1.1 Definición de enfermedad crónica y tipología”, se presentan cuáles han sido los principales tipos de cuidados que se han proporcionado a los pacientes en la URF de Solimar. Como se observa la rehabilitación funcional tras el Ictus es la que tiene mayor relevancia seguida por la recuperación tras intervenciones de cadera y pacientes encamados.

Gráfico 9: Proporción de pacientes atendidos en la URF de la Residencia Solimar



Nota<sup>1</sup>: Rehabilitación

Fuente: Elaboración propia a partir de datos proporcionados por la Residencia Solimar

La residencia Solimar cuenta con 12 camas en la Unidad de Recuperación Funcional. El éxito que ha supuesto esta colaboración se refleja en la efectividad clínica, en la satisfacción del paciente y de sus familiares y, por supuesto, en la reducción de costes.<sup>14</sup>

#### ✓ Efectividad clínica

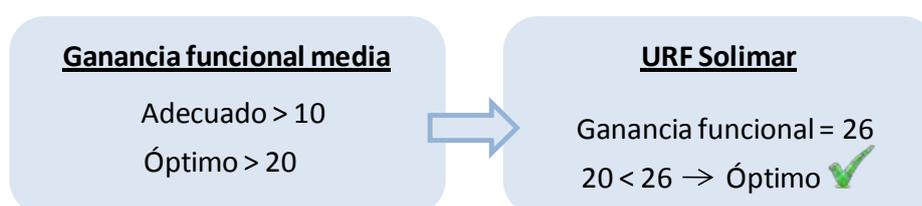
Para poder evaluar los resultados médicos de la Unidad de recuperación funcional (URF) de la residencia Solimar es necesario atender a algunos parámetros objetivos que permitan llevar a cabo dicha medición. Para el caso concreto se analizan cinco variables que resultan relevantes por el tipo de tratamientos que se realizan en esta unidad médica. Para cada una de estas variables existen estándares médicos que determinan sobre qué nivel deben mantenerse los índices para que sean adecuados u óptimos. Así pues, la colaboración entre el Hospital La Ribera y la Residencia Solimar presenta los siguientes resultados clínicos:

<sup>13</sup> Grupos Relacionados por el Diagnóstico

<sup>14</sup> La evaluación de costes, dada la importancia que supone, será analizada con mayor detalle en el siguiente epígrafe

- **Recuperación funcional:** Cabe destacar que las personas mayores de 65 años sufren un deterioro funcional del 30% tras su hospitalización; por ello, el tratamiento específico de las unidades geriátricas de recuperación funcional favorece la paliación de este efecto que se produce tras salir del ingreso hospitalario. Los pacientes derivados a la URF de Solimar por motivos de rehabilitación (RHB) consiguen resultados óptimos (resultados medidos mediante el Índice de Barthel<sup>15</sup>).

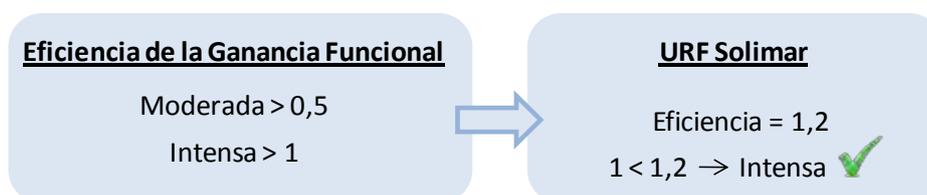
Figura 7: *Ganancia Funcional Media URF Solimar*



Fuente: *Elaboración propia a partir de datos proporcionados por la Residencia Solimar.*

A partir de este cálculo se puede medir la eficiencia que tiene la recuperación funcional. Para ello, es necesario tener en cuenta una variable más: la estancia media. En el caso de Solimar el valor asciende a 21,56 días, lo cual se analizará a continuación.

Figura 8: *Eficiencia de la Ganancia Funcional en URF Solimar*



$$\text{Eficiencia} = (\text{Ganancia funcional} / \text{Estancia}) = (26 / 21,56) = 1,2$$

Fuente: *Elaboración propia a partir de datos proporcionados por la Residencia Solimar.*

<sup>15</sup> Mide en 10 actividades de la vida diaria lo que puede hacer el paciente, establece grados de capacidad en cada función (a intervalos de 5) y puntúa de 0 (dependencia total) a 100 (independencia total)

- **Estancia media:** Teniendo en cuenta los datos desde que se empezó la colaboración entre el Hospital La Ribera y la residencia Solimar (año 2010), la estancia media de los pacientes es de 21,56 días. No obstante esta cifra se ha reducido en los últimos períodos, por lo que tal vez sería más adecuado hablar de una estancia media alrededor de los 20 días – ya que en los últimos 12 meses la estancia media ha sido de 19,4 días y en los últimos seis meses de 18,9 días –. No obstante, tal y como ya se ha introducido en el estudio de la ganancia funcional se tomará como referencia la estancia media de 21,56 días. Teniendo en cuenta los estándares de sanidad establecidos esta variable obtiene una buena calificación.

Figura 9: Estancia media en la URF de Solimar

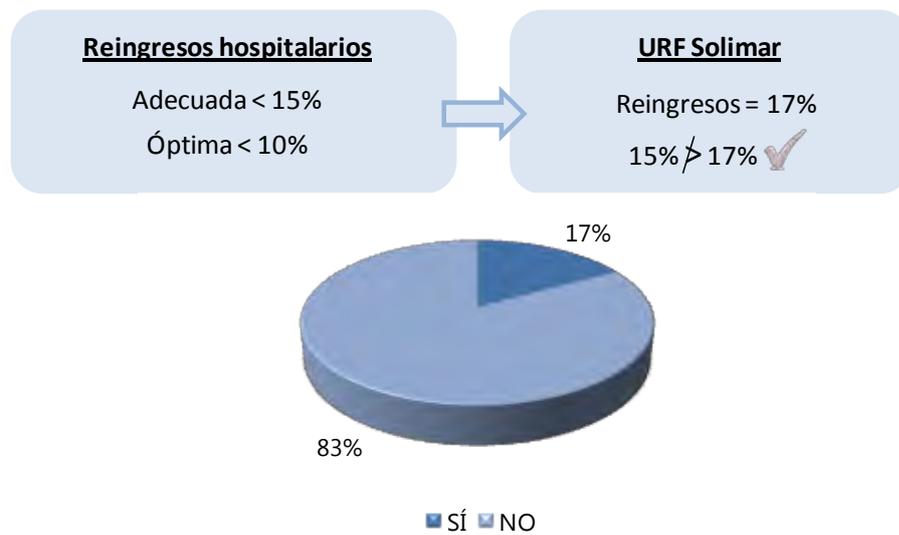


<sup>1</sup> Según el criterio de la SEMEG: Sociedad Española de Medicina Geriátrica

Fuente: Elaboración propia a partir de datos proporcionados por la Residencia Solimar .

- **Reingresos:** Con esta variable se analiza el porcentaje de pacientes que vuelve a ingresar en el hospital de agudos tras haber recibido tratamiento en la residencia Solimar; no obstante, por la particularidad del caso que se está estudiando, esta tasa es más elevada de lo habitual ya que los pacientes sufren enfermedades graves y los criterios de derivación al hospital son más estrictos ya que se pretende atender con la mayor celeridad posible las complicaciones que puedan surgir. Por tanto, si bien es cierto que la tasa de reingreso no se encuentra entre los estándares óptimos, obedece a un motivo de rigurosidad de criterios de derivación al hospital.

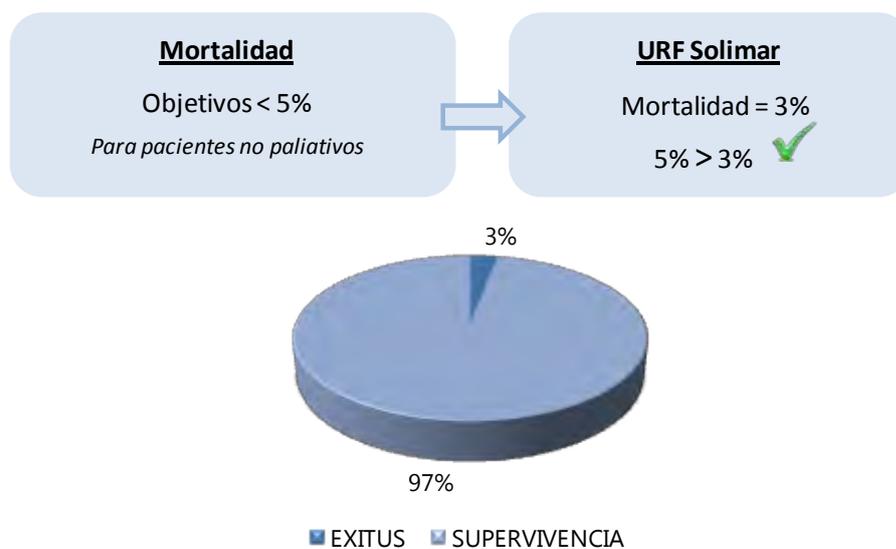
Figura 10: Reingresos por derivación de la URF Solimar al Hospital



Fuente: Elaboración propia a partir de datos proporcionados por la Residencia Solimar .

- **Mortalidad** (pacientes no paliativos): Hay que tener en cuenta que las enfermedades crónicas constituyen una de las principales causas de fallecimiento. Por ello, es necesario controlar si la URF Solimar cumple con los estándares de sanidad para esta variable. Los enfermos que reciben cuidados paliativos son aquellos que padecen una enfermedad en estado muy avanzado o terminal con la finalidad de aliviar el dolor. Dadas las características de estas enfermedades, los pacientes paliativos no se incluyen en el análisis.

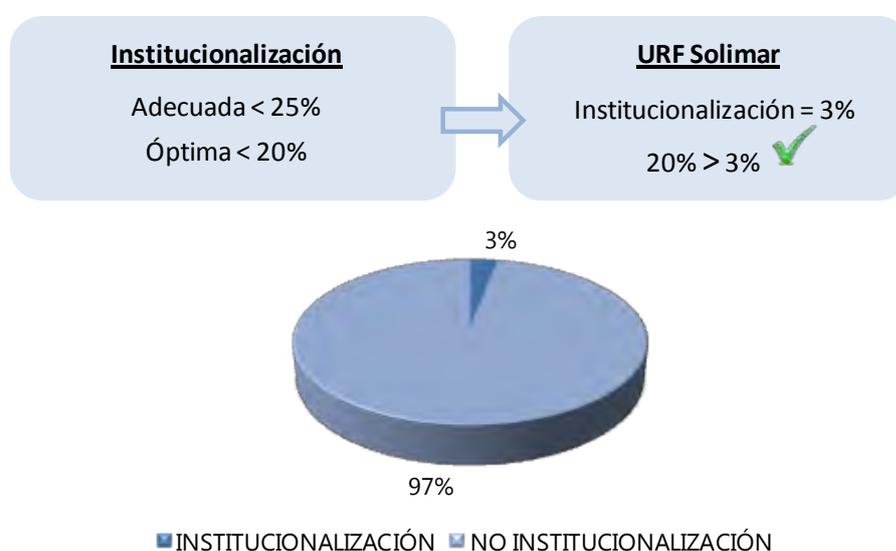
Figura 11: Mortalidad de pacientes no paliativos en la URF Solimar



Fuente: Elaboración propia a partir de datos proporcionados por la Residencia Solimar .

- Institucionalización tras el alta: La última de las variables a analizar como resultados de la efectividad clínica, es el número de pacientes atendidos en la URF Solimar que, tras su proceso de rehabilitación en la misma, requieren ingresar en la residencia geriátrica por no tener las suficientes capacidades como para ser atendido en sus hogares. Los protocolos sanitarios establecen que la tasa debería mantenerse en valores inferiores al 20% y al 25%; sin duda, la URF Solimar alcanza dicho objetivo holgadamente, ya que la tasa se sitúa en el 3%.

Figura 12: *Institucionalización tras el alta de la URF Solimar*



Fuente: *Elaboración propia a partir de datos proporcionados por la Residencia Solimar.*

En conclusión, las variables que analizan los resultados clínicos demuestran que la unidad de recuperación funcional (URF) de Solimar es muy competitiva para desempeñar funciones de rehabilitación de enfermos crónicos, ya que los rendimientos que se obtiene tras un período de colaboración con el Hospital La Ribera son muy favorables.

#### ✓ Satisfacción de pacientes y familiares

Además de realizar una evaluación médica de los resultados de la unidad de recuperación funcional (URF) de Solimar, se lleva a cabo una evaluación desde una perspectiva más social, esto es, analizando la satisfacción tanto de pacientes como de familiares.

Para analizar el grado de satisfacción se realizaron encuestas, las cuales permiten evaluar la calidad del servicio y saber en qué puntos debe mejorar la URF de Solimar. Se han realizado un total de 34 entrevistas; en el 23,5% de los casos es el mismo paciente el que ha contestado a las preguntas y el restante 76,5% representa las encuestas que han sido respondidas por familiares o acompañantes.

A continuación se presentan los principales resultados obtenidos mediante dichas encuestas. Para ello, se han agrupado las preguntas de una misma temática en bloques analizando conjuntamente las respuestas. No obstante, en el Anexo IV se detallan con mayor precisión esta información, presentando todas las preguntas y sus respectivas respuestas.

Tabla 8: Resultados de la evaluación de la URF Solimar

Información y atención recibida en la URF Solimar	
Bien	91,13 %
Regular	6,73 %
Mal	1,23 %
NS/NC	0,92 %

Atención sanitaria recibida en la URF Solimar	
Muy bien	75,85 %
Bien	21,77 %
Mal	0,34 %
Muy Mal	0,00 %

Problemas en la URF Solimar	
No	81,68 %
Sí	18,32 %

Recomendación de la URF Solimar	
Seguro que sí	80 %
Creo que sí	16,67 %
Tengo dudas	3,33 %
Creo que no	0,00 %
No	0,00 %

Respecto a las expectativas que tenía de la URF Solimar	
Mucho mejor	60,71 %
Mejor	21,43 %
Igual	17,86 %
Peor	0,00 %
Mucho peor	0,00 %

Comparativa con otras URF	
Sí, es mejor	53,33 %
No, es igual	13,33 %
No, es peor	0,00 %
NS/NC	33,33 %

Grado de satisfacción global de la URF Solimar	
10	63,33 %
9	13,33 %
8	10,00 %
7	10,00 %
6	0,00 %
5	0,00 %
4	0,00 %
3	3,33 %
2	0,00 %
1	0,00 %
0	0,00 %

Puntuación media:  
9,13

10: Muy satisfactorio 0: Nada satisfactorio

Fuente: Elaboración propia a partir de datos proporcionados por la Residencia Solimar .

A la luz de los resultados obtenidos, se puede afirmar que la URF de la residencia Solimar se adapta a las necesidades de los pacientes y familiares pues para todas las variables analizadas se obtiene puntuaciones muy buenas. Por lo que respecta a la atención recibida, tanto sanitaria como no sanitaria, el 98% de los encuestados la valora como buena o muy buena. Asimismo, por lo que respecta a la tenencia de problemas en la URF Solimar, se presentaron siete tipos de problemas diferentes; un 18,32% de los encuestados afirmaron haber padecido alguno de ellos, siendo la comodidad para la estancia del acompañante el que tienen mayor relevancia, ya que

un 25% de las personas que tuvo algún problema estaba desencadenado por esta causa.

Por otra parte, la opinión de los usuarios en comparación con las expectativas que tenían previamente al ingreso es muy favorable. El 82% afirma que la unidad de recuperación funcional (URF) de Solimar ha superado sus expectativas, mientras que para el resto ha sido igual, no existiendo ninguna valoración negativa a este respecto. Esto conlleva que el 97% de los usuarios recomendarían la residencia a otras personas después de su experiencia mientras que el 3% restante tiene dudas, de modo que tampoco existe ningún caso que rotundamente afirme que no la recomendaría. Si se tienen en cuenta las valoraciones emitidas al comparar la URF Solimar con otras URF, es lógico que un 33% responda NS/NC (no sabe/no contesta), ya que para muchos será la primera experiencia de ingreso en una unidad de recuperación funcional. Sin embargo, el 53% afirma que es mejor y el restante 13% afirma que es igual, no habiendo ninguna respuesta que diga que es peor que otras.

Además, hay que tener en cuenta la puntuación media que obtiene la URF Solimar al evaluar la satisfacción global de los usuarios. Todos los encuestados, a excepción de una persona (3,33%), la valoran con notas superiores al siete, obteniendo, de media, un 9,13 – siendo 10 la puntuación más alta (muy satisfactorio) y 0 la más baja (nada satisfactorio) –.

Al evaluar la satisfacción de pacientes y familiares hay que tener en cuenta otro factor que no queda reflejado en las encuestas a las que se acaba de hacer mención. Se trata de la ubicación de la unidad de recuperación funcional (URF) de Solimar con respecto al Hospital La ribera de Alzira. El hospital de atención a crónicos y de larga estancia (HACLE) de referencia del Hospital La Ribera es el Hospital Doctor Moliner, el cual se encuentra a una distancia aproximada de 100 kilómetros. En cambio, la residencia Solimar está ubicada en las mismas inmediaciones del hospital, pudiendo trasladar a los pacientes en pocos minutos. Además de suponer una ventaja desde la perspectiva económica también lo es a efectos de comodidad para el paciente. De hecho, en muchos casos el paciente no quiere ser trasladado al HACLE precisamente por lo lejos que se encuentra del hogar; asimismo, en muchos casos el familiar más allegado es otra persona mayor al que no le resulta sencillo realizar tal desplazamiento.

## 4. OBJETIVOS

**Objetivo principal:** análisis de la situación actual de la asistencia a enfermos crónicos en la Comunidad Valenciana según el tipo de asistencia. Para ello, se estudian los datos proporcionados en el *“Plan de atención a pacientes crónicos en la Comunidad Valenciana, elaborado por la Conselleria de Sanitat (2012).”*, donde se especifica el porcentaje de enfermos crónicos que son atendidos en las áreas de atención primaria, urgencias e ingresos hospitalarios en la Comunidad Valenciana.

A continuación se detalla la metodología utilizada para cada uno de los **objetivos específicos:**

1. Dada la importancia que reviste el asunto de la cantidad de plazas hospitalarias para este trabajo, es necesario estimar el número de plazas existentes en hospitales de atención a crónicos y larga estancia (HACLE) en la Comunidad Valenciana así como las plazas necesarias para alcanzar el objetivo del Plan integral de atención sanitaria a las personas mayores y a los enfermos crónicos en la Comunidad Valenciana (2007-2011). Para alcanzar tal objetivo, las plazas necesarias serán calculadas como la diferencia entre el número de plazas objetivo (obtenidas del Plan de atención a pacientes crónicos en la Comunidad Valenciana, del la Conselleria de Sanidad del ñao 2012), menos las plazas existentes.
2. Al igual que se analiza la capacidad hospitalaria de los HACLE de la Comunidad Valenciana, es necesario establecer el nivel de ocupación de las residencias para personas mayores, ya que la relación entre ambas variables es clave para el posterior desarrollo del trabajo. La metodología seguida para evaluar este objetivo sigue una doble vertiente: por una parte se toma en consideración la evolución del porcentaje de residencias con plazas libres para los años 2009, 2010 y 2011 y por otra parte se tiene en cuenta el nivel de ocupación de las residencias de personas mayores por Comunidad Autónoma para el año 2011 (INE 2011).
3. Análisis de la tipología de pacientes atendidos en la unidad de recuperación funcional (URF) de la residencial Solimar de La Ribera durante el año 2010. Para ello se analiza la información proporcionada tanto por la Conselleria de Sanidad (referente a los grupos relacionados por el diagnóstico que más relevancia tienen en cuanto a tratamiento de pacientes crónicos) así como por la residencia Solimar (referente al porcentaje de pacientes atendidos según la tipología de su enfermedad y el tratamiento recibido).

4. Evaluación de la unidad de recuperación funcional (URF) de la residencia Solimar (al igual que los siguientes tres objetivos que se van a presentar). Concretamente, este se define como el análisis de la efectividad clínica de la URF de la residencia Solimar de La Ribera durante el año 2010. La metodología que se ha seguido abarca diversos parámetros, existiendo para cada uno de ellos, estándares médicos que marcan los valores mínimos y máximos entre los que debe ubicarse la *“Ganancia Funcional Media”, “Eficiencia de la Ganancia Funcional”, “Estancia media”, “Reingresos por derivaciones”, “Mortalidad de pacientes no paliativos” e “Institucionalización tras el alta”*(Residencia Solimar 2010).
5. Análisis de la satisfacción de pacientes y familiares que hayan recibido atención en la residencia Solimar de La Ribera durante el año 2010. Para ellos se estudian diferentes variables a través de encuestas realizadas por la residencia Solimar de La Ribera a 34 pacientes y/o familiares. Las variables que se examinan son: *“Información y atención recibida en a URF Solimar”*, valorado mediante las puntuaciones *“Bien, Regular, Mal o No sabe no contesta”*; *“Atención sanitaria recibida en la URF Solimar”*, valorado con las puntuaciones *“Bien, Regular, Mal o No sabe no contesta”*; *“Problemas en la URF Solimar”* valorado con respuesta afirmativa o negativa *“Si ó No”*; *“Recomendación a terceros de la residencia Solimar”* valorado a través de los parámetros *“Seguro que sí, Creo que sí, Tengo dudas, Creo que no o No”*; *“Valoración respecto a las expectativas que tenía de la URF Solimar”* valorado con *“Mucho mejor, Mejor, Igual, Peor o Mucho peor”*; *“Comparativa con otras URF”* valorado mediante los parámetros *“Sí, es mejor, No, es igual, No, es peor o No sabe no contesta”*; *“Grado de satisfacción global de la URF Solimar”* valorado mediante escala numérica *“0 (muy malo) a 10 (excelente)”* y por último, a través de la variable anterior se obtiene el *“Cálculo de la media de satisfacción global. (Residencia Solimar 2010)”*
6. Cálculo del número de estancias en la URF de Solimar para el año 2010 (entendido como el número de días que están ocupadas las camas destinadas a tratar los pacientes objeto de estudio). La metodología utilizada para el cálculo de este objetivo incluye, a su vez, la evaluación de diversas variables como son el *“coste medio diario”* tanto del Hospital La Ribera como de la residencia Solimar y el *“número de camas”* calculado mediante la fórmula del Estudio de Toledo, la cual parte de una población diana de 43.000 personas, una estancia media de 20 días y una tasa de ocupación del 80% para los grupos relacionados por el diagnóstico (GRD) 14, 209, 210, 211 y 236.

7. Evaluación de costes de la unidad de recuperación funcional (URF) de la residencia Solimar y del Hospital La Ribera durante 2010. Dicha evaluación de costes se traduce en diferentes conceptos de ahorro, como son, *“ahorro corriente”*, *“ahorro por disminución de la estancia media”*, *“ahorro por desviación de pacientes”* y *“ahorro por traslado”* de los pacientes de los GRD 14, 209, 2010, 2011 y 236 a través de datos recibidos por ambas instituciones.
8. Evaluación del modelo asistencial de larga estancia en la totalidad del departamento de salud 11 (Alzira) para el ejercicio 2011. Para estudiar este elemento se precisa calcular el número de estancias totales para el departamento 11, lo cual sigue una metodología similar a la explicada en el objetivo noveno. La tasa de ocupación es del 80%, pero en este caso, el número de pacientes de los grupos relacionados por el diagnóstico (GRD) 14, 209, 210, 211 y 236 y la estancia media son datos facilitados por la Conselleria de Sanidad. Cabe destacar que los datos del GRD 14 y del departamento 1 no han podido ser facilitados por la Conselleria de Sanidad dado que no disponía de dicha información. Por tanto, dicha información se calculó, prorrateando el número de pacientes por GRD a los diferentes departamentos, en base a estadísticas de la web del Ministerio de Salud del ejercicio 2011
9. Evaluación del cambio del modelo asistencial de larga estancia en la Comunidad Valenciana (los veinticuatro departamentos de salud) para el ejercicio 2011. La metodología a aplicar, al igual que en el caso anterior, se basa en calcular el número de estancias totales, asumiendo una tasa de ocupación del 80% y el número de pacientes de los grupos relacionados por el diagnóstico (GRD) 14, 209, 210, 211 y 236 que la Conselleria de Sanidad proporciona. Hay que recordar que no se dispone de la información referente a al GRD 14 y por ello, el número de pacientes de este grupo se calcula como promedio del resto de GRD.
10. Comparativa entre el cambio del modelo asistencial de larga estancia en unidades de recuperación funcional (URF) en los veinticuatro departamentos de salud de la Comunidad Valenciana frente a la asistencia hospitalaria para el ejercicio 2011. Dicha comparativa se calcula como la diferencia entre el coste total hospitalario y el coste total de las unidades de recuperación funcional (URF) de cada departamento de salud de la Comunidad Valenciana.

# 5. METODOLOGÍA Y RESULTADOS

Una vez detallados cuáles son los objetivos del trabajo, se presentan la metodología y los resultados que se han alcanzado tras el análisis de las variables que componen dichos objetivos

Los resultados obtenidos se introducen siguiendo el mismo orden en el que se han explicado los objetivos y metodología en el apartado anterior; no obstante, con la finalidad de mantener una visión más global de los resultados alcanzados se agrupan en cuatro grandes apartados. El primero de ellos, análisis demográfico, comprende los dos primeros objetivos, situación actual de morbilidad, socio-demográfica y de salud tanto de la población española como de la Comunidad Valenciana. El segundo apartado, situación actual para la asistencia de pacientes crónicos, engloba desde el tercer hasta el sexto objetivo, es decir, asistencia a enfermos crónicos en la Comunidad Valenciana, plazas necesarias en hospitales de atención a crónicos y larga estancia (HACLE), nivel de ocupación de las residencias de ancianos y patología de los pacientes atendidos en la unidad de recuperación funcional (URF) de Solimar. El tercer bloque, evaluación de la unidad de recuperación funcional (URF) de Solimar, abarca los siguientes cuatro objetivos, esto es, efectividad clínica, satisfacción de pacientes y familiares, cálculo del número de estancias y evaluación de costes. En cuarto lugar, el apartado de extensión del modelo de colaboración sociosanitaria público-privada, analiza los resultados correspondientes al decimoprimer, decimosegundo y decimotercer objetivo, es decir, extensión del modelo al departamento de salud 11 (Alzira), extensión del modelo a los veinticuatro departamentos de salud de la Comunidad Valenciana y comparativa entre el cambio del modelo asistencial de larga estancia en unidades de recuperación funcional (URF) en los veinticuatro departamentos de salud de la Comunidad Valenciana frente a la asistencia hospitalaria para el ejercicio 2011.

### **5.1. ANÁLISIS DEMOGRÁFICO**

Los dos primeros objetivos que se analizan, versan sobre la situación actual de morbilidad, socio-demográfica y de salud tanto en España como en la Comunidad Valenciana.

Para el caso de la población española, se han analizado las tasas anuales de crecimiento compuesto (TACC) de cuatro parámetros, tal y como se ha explicado en el apartado de metodología. Así pues, los resultados son: tasa de natalidad bruta en España entre 1975 y 2011, TACC -1,71% (ver gráfico 1); esperanza de vida en España entre 1991 y 2011, TACC 0,32% (ver gráfico 2); proporción de personas mayores de 64 años en España entre 1975 y 2011, TACC 1,38% (ver gráfico 3); tasa de dependencia en

personas mayores de 64 años en España entre 1975 y 2011, TACC 1,09% (ver gráfico 4).

Para el caso de la Comunidad Valenciana, se han analizado las mismas variables, pero teniendo en cuenta que las tasas anuales de crecimiento compuesto (TACC) seguían el mismo patrón, se ha llevado a cabo una comparativa entre los datos de la situación en España y la Comunidad Valenciana utilizando puntos básicos (p.b.) ya que de este modo se obtenía información más sensible. Los resultados obtenidos se presentan a continuación, presentando en primer lugar los datos relativos a la Comunidad Valenciana y, en segundo lugar, los datos relativos a España: tasa de natalidad bruta en entre 1975 y 2011, -961 p.b. y -866 p.b. (ver tabla 2); esperanza de vida entre 1991 y 2011, 526 p.b. y 515 p.b. (ver tabla 3); proporción de personas mayores de 64 años entre 1975 y 2011, 593 p.b. y 666 p.b. (ver tabla 4); y tasa de dependencia de personas mayores de 64 años entre 1975 y 2011, 704 p.b. y 826 p.b. (ver tabla 5).

## **5.2. SITUACIÓN ACTUAL PARA LA ASISTENCIA DE PACIENTES CRÓNICOS**

En este apartado se incluyen los resultados obtenidos mediante la metodología que se ha detallado anteriormente para los objetivos tercero, cuarto quinto y sexto.

La asistencia a pacientes crónicos en la Comunidad Valenciana (analizada mediante el *Plan de atención a pacientes crónicos en la Comunidad Valenciana, elaborado por la Conselleria de Sanitat, 2012*) revela que el 80% de las consultas a atención primaria, el 60% de los ingresos hospitalarios y el 60 % de las urgencias se dedican a la atención de pacientes crónicos.

El cuarto de los objetivos presentados en este trabajo versaba sobre la importancia de estimar las camas que eran necesarias cubrir en hospitales de atención a crónicos y de larga estancia (HACLE). Según el *Plan integral de atención sanitaria a las personas mayores y a los enfermos crónicos en la Comunidad Valenciana (2007-2011)* existe una necesidad de cubrir 1.500 plazas; ahora bien, teniendo en cuenta que actualmente existen 834 plazas repartidas en la totalidad de la Comunidad Valenciana, la necesidad se reduce a cubrir 666 nuevas plazas (ver figura 3).

Por otra parte, teniendo en cuenta el número de residencias para mayores que existen actualmente, se analiza el nivel de ocupación de las mismas. Como ya se ha mencionado en el apartado de metodología, son dos las variables a analizar; en primer lugar, el porcentaje de residencias con plazas libres en los años 2009, 2010 y 2011 es del 98,4%, del 85,0% y del 76,0%, respectivamente (ver tabla 7). En segundo lugar, se obtienen los resultados referentes a las tasas de ocupación de las residencias; el nivel mínimo rentable para una residencia es del 90% y en el caso de las comunidades

autónomas de España, la que tiene una mayor tasa de ocupación es Cataluña con un 89,7% y la que tiene una menor tasa es Baleares con un 78,5% de ocupación. Asimismo, la media obtenida para la totalidad del país, España, es un 78,5% de ocupación (ver gráfico 8).

Por último, es necesario saber cuál es la tipología de los pacientes atendidos en la unidad de recuperación funcional (URF) de la residencia Solimar. La Conselleria de Sanidad, haciendo uso de la norma estatal de los grupos relacionados por el diagnóstico (GRD), establece que la tipología de pacientes que representan un mayor porcentaje de enfermedades crónicas son los GRD 14, 209, 210, 211 y 236 (ver tabla 1). Además, la URF de la residencia Solimar confirma que los cuidados paliativos y la rehabilitación son los principales cuidados proporcionados a sus pacientes.

### **5.3. EVALUACIÓN DE LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN FUNCIONAL (URF) DE SOLIMAR**

La evaluación de la unidad de recuperación funcional (URF) de la residencia Solimar recoge los resultados referentes a la efectividad clínica de la URF, la satisfacción de pacientes y familiares, el cálculo del número de estancias así como la evaluación de costes – en términos de ahorro – que se obtiene tras la colaboración sociosanitaria que se ha llevado a cabo entre el ámbito público (Hospital La Ribera) y el ámbito privado (residencia Solimar).

#### **5.3. 1. EFECTIVIDAD CLÍNICA DE LA URF Y SATISFACCIÓN DE PACIENTES Y FAMILIARES**

Por lo que respecta a la efectividad clínica, cabe destacar que los resultados se obtienen en función de distintos parámetros, existiendo para cada uno de ellos estándares médicos que marcan los valores mínimos y máximos entre los que deben ubicarse. El primer parámetro, ganancia funcional media, tiene un nivel de 26 puntos (según el índice de Barthel) lo que lo sitúa en un nivel óptimo ya que supera los 20 puntos marcados por el estándar de sanidad (ver figura 7). La segunda variable, eficacia de la ganancia funcional media, refleja que el nivel de eficacia es intenso dado que se obtiene una calificación de 1,2 y a partir de 1 la eficacia de la ganancia funcional se califica como intensa (ver figura 8). En tercer lugar, la estancia media objetivo debe ser menor a 35 días o, según la sociedad española de medicina geriátrica (SEMEG) menor a 30 días, lo cual se cumple en este caso ya que la estancia media es de 21,56 días en la unidad de recuperación funcional de Solimar (ver figura 9). Por lo que respecta a la tasa de reingresos hospitalarios, cabe destacar que es superior a la que marcan los estándares, debido a la complejidad de los enfermos tratados en esta unidad. Así pues, mientras que los protocolos de sanidad marcan que el nivel

adecuado se sitúa por debajo del 15% y el óptimo por debajo del 10%, la evaluación de la URF de Solimar sitúa este parámetro en el 17% (ver figura 10). La tasa de mortalidad objetivo debe situarse en un nivel inferior al 5%, lo cual se cumple ya que los resultados marcan que es del 3%. Por último, los resultados de la tasa de institucionalización tras el alta se sitúan en un 3%, nivel óptimo ya que se encuentra por debajo del 20%.

La satisfacción de pacientes y familiares, medida a través de encuestas realizadas por la residencia, también ofrece resultados esperanzadores para la unidad de recuperación funcional. Las calificaciones obtenidas son las siguientes: para las preguntas del bloque "Información y atención recibida en la URF Solimar", el 91,13% la califican como "bien", el 6,73% como "regular", el 1,23% como "mal" y un 0,92% "no sabe, no contesta". En el bloque "Atención sanitaria recibida en la URF Solimar", el 75,85% la puntúa como "muy bien", el 21,77% como "bien", el 0,34% como "mal" y nadie responde con la calificación de "muy mal". En tercer lugar, el 81,68% de los usuarios declara no haber tenido ningún problema con la unidad de recuperación funcional de Solimar mientras que el 18,32% sí que los ha tenido. Por lo que respecta a la recomendación a otros familiares o pacientes de la URF de Solimar, un 80% contesta que "seguro que sí", un 16,67% "creo que sí", un 3,33% "tengo dudas" y nadie opta por las respuestas "creo que no" o "no". En quinto lugar, en comparación con las expectativas que tenían sobre la unidad de recuperación funcional de la residencia Solimar, tras su estancia el 60,71% opina que la URF es "mucho mejor", el 21,43% que es "mejor", el 17,86% que es "igual" y ningún usuario piensa que es "peor" o "mucho peor". Asimismo, se evaluaba la opinión de los pacientes y familiares al comparar la URF de la residencia Solimar con otras URF, a lo que un 53,33% respondió que "Sí, es mejor", un 13,33% dijo que "no, es igual", nadie contestó que "no, es peor" y un 33,33% "no sabe, no contesta". Por último, se evaluó numéricamente la satisfacción global de los pacientes y familiares, siendo 0 la peor puntuación y 10 la mejor; la unidad de recuperación funcional de Solimar obtuvo, de media, una calificación de 9,13 (ver tabla 8 y anexo IV).

### **5.3. 2. EVALUACIÓN DE COSTES**

Hasta ahora, todas las variables que se han analizado habían sido tratadas con anterioridad en apartados previos, concretamente en la introducción y en los antecedentes. Sin embargo, los resultados que se presentan seguidamente deben ser explicados con mayor detalle dado que no forman parte de la información que se ha explicado hasta el momento. Esto es así, porque dichos resultados no forman parte de los hechos acaecidos, ya que a partir de ahora se va a analizar la evaluación de costes

de la colaboración sociosanitaria entre el Hospital la Ribera y la URF de la residencia Solimar así como la posterior extensión del modelo, tanto al departamento de salud de Alzira como al resto de la Comunidad Valenciana.

Además de los rendimientos que acaban de ser tratados (efectividad clínica y satisfacción de pacientes y familiares), existen múltiples beneficios económicos. La reducción de costes que se produce al enviar a los pacientes a las unidades de recuperación funcional en comparación con la derivación de pacientes a los hospitales de atención a crónicos y de larga estancia (HACLE) es muy significativa. A continuación se detallan los principales motivos que conllevan esta reducción de costes así como el ahorro que se consigue en confrontación con el sistema actual.

Previamente a la evaluación de costes en sí, es necesario introducir los resultados del noveno objetivo, es decir, el cálculo del número de estancias. Para ello, es necesario presentar primero ciertos datos relevantes:

✓ Datos relevantes

Coste medio diario

En primer lugar, es necesario tener en cuenta el coste medio diario tanto del hospital como de la unidad de recuperación funcional (URF) de Solimar. Para ello, se van a tener en cuenta los costes de los grupos relacionados por el diagnóstico (GRD) que se han presentado al principio de trabajo.

Tabla 9: Descripción, estancia media y coste medio de los GRD<sup>1</sup> en los que se agrupan los enfermos crónicos más relevantes para el estudio

Código GRD	Descripción GRD	Estancia media	Coste medio
14	Ictus con infarto	9,26 días	406,2 €
209	Sust. articulación mayor excepto cadera y reimplante de miembro inferior, sin complicación	7,66 días	815,7 €
210	Proc. de cadera y fémur excepto articulación mayor. Edad > 17 con complicación o comorbilidad	13,9 días	608,7 €
211	Proc. de cadera y fémur excepto articulación mayor edad > 17 sin complicación o comorbilidad	10,52 días	710,7 €
236	Fracturas cadera y pélvis	7,73 días	340 €

<sup>1</sup> GRD: Grupos Relacionados por el Diagnóstico

Fuente: Elaboración propia a partir de la norma estatal de Grupos Relacionadas por el Diagnóstico (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad). Año 2010

No obstante, hay que tener en cuenta que el importe que presentan estos GRD incluyen costes de quirófano, por lo que es necesario eliminarlos para que se puedan comparar los tarifas del hospital con las de la URF de Solimar. Según los datos de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana, el coste medio de estos GRD – eliminando los gastos de operaciones – asciende a 400 euros diarios. En cambio, la residencia Solimar tiene unos costes de diarios de 100 euros.

Tabla 10: *Coste medio diario de los GRD 14, 209, 210, 211 y 236 eliminando los costes de quirófano*

Hospital la Ribera	URF de Solimar
400 €	100 €

*Fuente: Elaboración propia a partir de la norma estatal de los GRD (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Año 2010) y la residencia Solimar*

Ahora bien, resulta esencial destacar que los costes hospitalarios de estos GRD son incluso mayores a lo que establece la norma estatal. Así lo demuestra un estudio realizado en el área de neurología del Hospital General Universitario de Valencia, área en la que se engloba el GRD 14 (Ictus con Infarto). Las conclusiones de dicho estudio muestran que *“el coste real del área de hospitalización fue superior al que cabría esperar según las tarifas de la producción hospitalaria establecida por la Ley de Tasas”* y añade que del total de la desviación *“más del 46% correspondieron al GRD 14”* (Cantó Torán, E.; Vivas Consuelo, D.; Barrachina Martínez, I.; Escudero Torrella, J., 2011, p. 603).

### Número de camas

En segundo lugar, es necesario calcular el número de camas necesarias para llevar a cabo la prueba de colaboración entre el Hospital La Ribera y la unidad de recuperación funcional (URF) de Solimar. Para realizar dicho cálculo se utilizó la fórmula del Estudio de Toledo:

$$\text{Nº de camas} = \frac{\text{Población diana} \times \text{Estancia media}}{\text{Tasa de ocupación} \times 365 \text{ días}}$$

- Población diana: Población con ciertas características comunes que constituyen el objeto de estudio.  
En el caso del Estudio Toledo, el paciente diana de unidad geriátrica de recuperación funcional era aquel que, habiendo sido hospitalizado en el año anterior a la entrevista de seguimiento, presentaba deterioro funcional inferior respecto a la situación prevista. El porcentaje de población anciana que cumplía estos criterios era el 0,6% de la mayor de 65 años (ESTUDIO SOLIMAR). Esta población mayor de 65 años asciende a 43.000 personas.
- Estancia media: Para el cálculo de camas se tomó como estancia media la cantidad de 20 días.
- Tasa de ocupación: Por motivos de mantenimiento de las camas, estas no están ocupadas los 365 días al año, por lo que se estima que la tasa de ocupación de las mismas es del 80% del año.

Así pues, para llevar a cabo la colaboración entre el Hospital La Ribera y la unidad de recuperación funcional de la residencia Solimar, el cálculo de camas para los GRD 14, 209, 210, 211 y 236 es el siguiente:

$$\text{Nº de camas "Caso de Éxito"} = \frac{\text{Pacientes x Estancia Media}}{\text{Tasa de ocupación x 365 días}}$$



$$\text{Nº de camas "Caso de Éxito"} = \frac{(4.300 \times 0,006) \times 20}{0,80 \times 365 \text{ días}} = 17 \text{ camas}$$

No obstante, cuando se particularizan estos datos al departamento de salud de Alzira (departamento 11), y teniendo en cuenta las necesidades y dimensiones de cada GRD, se considera que en una primera fase es más conveniente eliminar los GRD de fractura de cadera dadas las complicaciones que puede presentar. Por este motivo, el número de camas para el caso de éxito asciende a 12 camas.

17 camas Con los ajustes pertinentes para el departamento 11 (Estudio Toledo) → 12 camas

Así pues, en la colaboración entre el Hospital La Ribera y la URF de Solimar se derivaron 331 pacientes. Mediante el caso de éxito se trataba de probar la eficacia del sistema de colaboración público-privada, por lo que se consideró que no era necesario aplicarlo a la totalidad de pacientes. Así pues, en el caso de que resultara efectivo el caso de colaboración se extendería el modelo al resto de pacientes haciendo uso de otras unidades de recuperación funcional ubicadas en otras residencias.

✓ Número de estancias

Las estancias hacen referencia al número de días al año que están ocupadas las 12 camas que se han calculado previamente, teniendo en cuenta la tasa de ocupación a la que se ha hecho alusión, esto es, el 80%.

Estancias “Caso de Éxito”= 12 camas x 365 días x 80% ocupación



Estancias “Caso de Éxito”= 12 x 365 x 0,8 = 3.504 estancias

En la siguiente tabla se muestran, a modo de resumen, los datos que se acaban de analizar, ya que van a ser sumamente relevantes para el análisis de costes que se van a estudiar a continuación.

Tabla 11: Resumen de datos relevantes para el estudio de análisis de costes

	Hospital La Ribera	URF de Solimar
Coste medio diario	400 €	100 €
Número de camas	12 camas	
Número de pacientes	331 pacientes	
Estancias	3.504 estancias	
Tasa de ocupación	80 %	

Fuente: Elaboración propia a partir de datos proporcionados por la Conselleria de Sanidad y la residencia Solimar

Por último, se analizan los resultados referentes al objetivo décimo, es decir, la evaluación de los costes en términos de ahorro que se obtienen tras la prueba de colaboración sociosanitaria público-privada entre el Hospital La Ribera y la unidad de recuperación funcional (URF) de la residencia Solimar. Para llevar a cabo dicha evaluación se estudian los resultados obtenidos en concepto de ahorro corriente, ahorro por disminución de estancia media, ahorro de derivación de pacientes y ahorro por traslado.

- ✓ Evaluación de costes. Ahorro por la utilización de la URF de Solimar.

#### Ahorro corriente

Para calcular el ahorro corriente, se comparan los costes que supone la estancia de los pacientes de los GRD 14, 209, 210, 211 y 236 en el Hospital La Ribera de Alzira con los costes de esta misma estancia en la unidad de recuperación funcional (URF) de Solimar. Así pues, utilizando los datos que se han presentado anteriormente el ahorro corriente resultante es el siguiente:

$$\text{Ahorro corriente} = \text{N}^{\circ} \text{ de estancias} \times (\text{Coste diario Hospital} - \text{Coste diario URF Solimar})$$



$$\text{Ahorro corriente} = 3.504 \times (400 - 100) = 1.051.200 \text{ euros}$$

#### Ahorro por disminución de la estancia media

Otro de los factores a tener en cuenta es la diferencia de estancia media que existe entre el Hospital La Ribera y la URF de Solimar, lo cual también se refleja en términos de ahorro. Mientras que la estancia media del Hospital es de 25 días, en la unidad de recuperación funcional de la residencia Solimar esta cantidad se reduce en 5 días, siendo su estancia media de 20 días (Según los datos proporcionados por la Conselleria de Sanidad y la Residencia Solimar). Por tanto, si se tiene en cuenta el número de pacientes que se atienden al año y esta disminución de estancia media, se obtiene el siguiente ahorro:

$$\begin{aligned} & \text{Ahorro por estancia media} = \\ & = \text{N}^\circ \text{ pacientes} \times \text{Disminución estancia} \times (\text{Coste diario Hospital} - \text{Coste diario URF Solimar}) \end{aligned}$$



$$\text{Ahorro por estancia media} = 331 \times 5 \times (400 - 100) = 496.500 \text{ euros}$$

### Ahorro de derivación de pacientes

El tercer factor que constituye un motivo de ahorro viene dado por los días que cuesta tramitar la derivación de los pacientes; el tiempo que se emplea en tramitar la derivación de pacientes al hospital de atención a crónicos y pacientes de larga estancia (HACLE) Doctor Moliner es mucho mayor que el tiempo que se emplea en derivar a los pacientes a la unidad de recuperación funcional (URF) Solimar. El principal motivo es la distancia a la que se encuentran ambos centros. Así pues, teniendo en cuenta que el Hospital Doctor Moliner se encuentra a 80 kilómetros del Hospital La Ribera y la URF Solimar a tan sólo 100 metros, el tiempo para coordinar el traslado es mucho mayor en el primer caso, ascendiendo hasta los cuatro días<sup>1</sup>. En cambio, si el paciente se deriva a la residencia, el tiempo para llevar a cabo dicho traslado se reduce a tan sólo un día.

Por tanto, a la luz de los costes tan elevados que tiene el hospital en comparación con los de la residencia, si se consigue evitar el tiempo de espera de derivación de pacientes (4 días), la traducción en términos de ahorro es el siguiente:

$$\begin{aligned} & \text{Ahorro de derivación} = \\ & = (\text{N}^\circ \text{ de pacientes} \times \text{Tiempo derivación Hospital} \times \text{Coste diario Hospital}) - (\text{N}^\circ \text{ de pacientes} \times \text{Tiempo} \\ & \quad \text{derivación Solimar} \times \text{Coste diario URF Solimar}) \end{aligned}$$



$$\text{Ahorro de derivación} = (331 \times 4 \times 400) - (331 \times 1 \times 100) = 496.500 \text{ euros}$$

<sup>1</sup> El tiempo es tan elevado porque se tiene que preparar al paciente para un viaje largo y, normalmente, alejado de su hogar, se requiere que existan ambulancias disponibles para realizar el trayecto, etc.

### Ahorro por traslado

El último de los factores que constituye una fuente de ahorro se explica por el menor coste que supone trasladar a los pacientes a la unidad de recuperación funcional de Solimar. De nuevo, la distancia a la que se encuentra ubicado el Hospital Doctor Moliner – en comparación con la distancia a la que está ubicada la residencia Solimar – respecto del Hospital La Ribera, es motivo de minoración de costes, y por tanto, de ahorro.

El Hospital Doctor Moliner se encuentra ubicado a 80 kilómetros del Hospital La Ribera de Alzira, es decir, que para el traslado de cada paciente hay que realizar un trayecto de 160 km (ida y vuelta), lo cual supone un gasto muy elevado. En cambio, la residencia Solimar está tan sólo a 100 metros del Hospital La Ribera, por lo que el coste es prácticamente nulo.<sup>2</sup>

Ahorro por traslado = (Nº de pacientes x Kilómetros de distancia x Coste del kilómetro)



Ahorro por traslado= (331 x 160 x 0,76) = 52.961 euros

Por tanto, teniendo en cuenta las cuatro variables analizadas, el ahorro que se ha conseguido como consecuencia de esta colaboración público privada entre el Hospital la Ribera y la unidad de recuperación funcional (URF) de la residencia Solimar, asciende a 2.097.161 euros.

Tabla 12: Ahorro total conseguido en el caso de éxito

	Ahorro
Corriente	1.051.200 €
Por disminución de estancia media	496.500 €
Por derivación de pacientes	496.500 €
Por traslado	52.961 €
<b>TOTAL</b>	<b>2.097.161 €</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de datos proporcionados por la Conselleria de Sanidad y la residencia Solimar

<sup>2</sup> El ahorro por traslado está calculado como el coste del traslado al Hospital Doctor Moliner (HACLE de referencia), sin tener en cuenta el coste del traslado a la residencia Solimar, dada la insignificancia de este dato.

#### **5.4 EXTENSIÓN DEL MODELO DE COLABORACIÓN SOCIO SANITARIA PÚBLICO-PRIVADA**

A la luz de los múltiples beneficios que se obtiene al llevar a cabo la colaboración sociosanitaria entre el sector público y privado – tal y como se ha verificado en el análisis del caso de éxito – se propone la extensión de este modelo al resto de la Comunidad Valenciana. Teniendo en cuenta la reducción de costes que se ha conseguido mediante la colaboración entre el Hospital La Ribera y la unidad de recuperación funcional (URF) de la residencia Solimar, si este modelo se aplicara en el resto del territorio valenciano el impacto económico sería muy significativo.

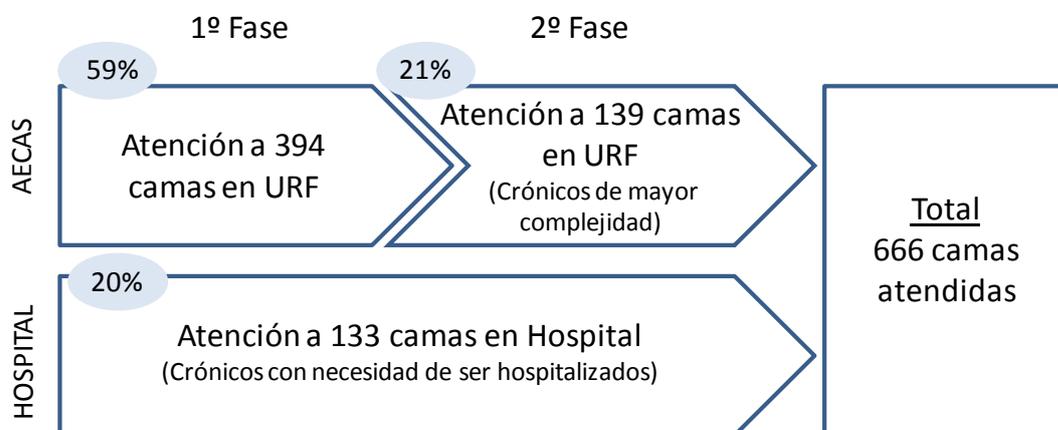
En este epígrafe se presentan los cálculos y principales resultados económicos con la finalidad de evaluar cuál sería el ahorro global que se conseguiría en la Comunidad Valenciana si se extendiese el modelo de colaboración sociosanitaria público-privada. Para evaluar la propuesta de expansión del modelo sólo se va a tener en cuenta el ahorro corriente; los ahorros de disminución de estancia media, derivación y traslado van a ser muy variables dependiendo del caso concreto, por lo que no se van a tomar en consideración para el análisis<sup>3</sup>. No obstante, hay que tener presente que si bien el ahorro corriente ya representa por si solo una cantidad significativa el resto de conceptos de ahorro no hacen más que acrecentarlo.

Por otra parte, cabe recordar que actualmente existía la necesidad de cubrir 666 plazas, ya que el objetivo era que hubiese 1.500 plazas en la Comunidad Valenciana y 834 ya existen a día de hoy (Ver figura 3). No obstante, la propuesta de extensión del modelo se realiza para un total de 394 camas en una primera fase. La asociación de empresas concertadas de accesibilidad social (AECAS) considera que una vez que el modelo sea extendido en la Comunidad Valenciana – abarcando a enfermos crónicos que puedan ser rehabilitados en las unidades de recuperación funcional (URF) – en una segunda fase se podría llegar a atender a los enfermos crónicos de mayor complejidad. Así pues, se considera que de las 666 camas necesarias para pacientes crónicos, un 20% deberá mantenerse en instalaciones hospitalarias debido al deterioro de salud y un 21% son enfermos crónicos de mayor complejidad que serían atendidos en unidades de recuperación funcional (URF) en una segunda fase.

---

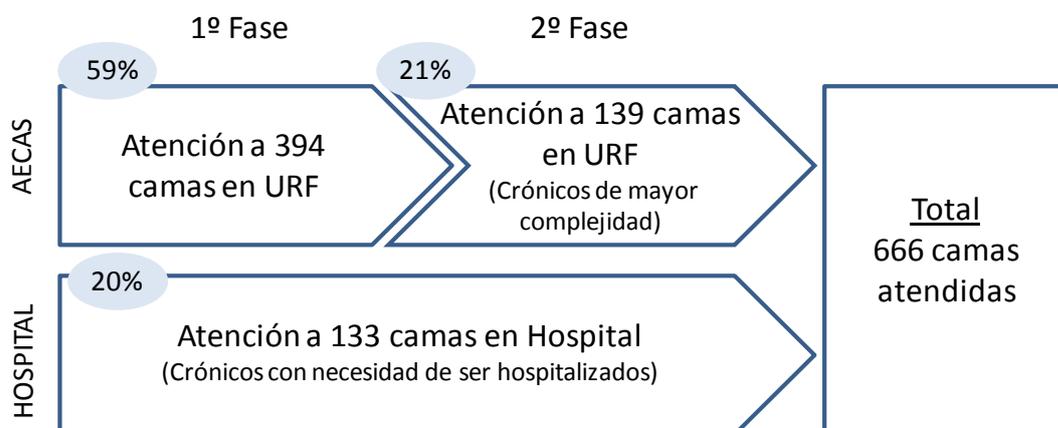
<sup>3</sup> El ahorro por disminución de estancia media, derivación o traslado va a variar en función de las características de cada caso de colaboración, por lo que se ha considerado que es más real evaluar solamente el ahorro corriente.

Figura 13: Número de camas atendidas en Unidades de Recuperación Funcional (URF) y hospitales



Fuente: Elaboración propia a partir de datos proporcionados por la Conselleria de Sanidad y la Asociación de empresas concertadas de accesibilidad social (AECAS)

Figura 12: Número de camas atendidas en Unidades de Recuperación Funcional (URF) y hospitales



Fuente: Elaboración propia a partir de datos proporcionados por la Conselleria de Sanidad y la Asociación de empresas concertadas de accesibilidad social (AECAS)

Una vez aclarados los conceptos a evaluar se está en disposición de analizar el ahorro económico que se produciría en cada departamento de salud (ver figura 5). Dado que el caso de éxito – colaboración entre el hospital La Ribera y la URF de la residencia Solimar – se engloba dentro del departamento 11 (Alzira) se evaluará, en primer lugar, el impacto de extender el modelo de colaboración a la totalidad de dicho departamento de salud, con el fin de explicar y recordar los cálculos realizados, ya que muchos de ellos se han tratado en el epígrafe anterior.

Como ya se ha explicado anteriormente, el análisis del caso de éxito se realizaba para 331 pacientes, ya que se trataba de realizar una prueba del funcionamiento entre la colaboración del sector público y el privado. Ahora bien, en este caso se evalúa cuál sería el impacto económico global si se extendiese dicho modelo a la totalidad del departamento de salud 11 (Alzira) así como al resto de la Comunidad Valenciana.

#### A- Número de pacientes

Por lo que respecta a los datos, ya no es necesario realizar una estimación del número de pacientes (tal y como se hizo para el caso de éxito. La información proporcionada por la Conselleria de Sanidad (Sistema de Información Poblacional, SIP) ofrece la estancia media obtenida a partir de la norma estatal de los grupos relacionados por el diagnóstico. Asimismo, el coste neto de tratar a los pacientes crónicos en el hospital es de 400 euros diarios – eliminando los costes de quirófano – mientras que el coste de ser tratado en una unidad de recuperación funciona, (URF) es de 100 euros diarios (según datos facilitados por la Conselleria de Sanidad, el Hospital La Ribera y la Residencia Solimar).

En cuanto al cálculo de número de pacientes existen dos excepciones:

1. Cálculo de pacientes del Departamento 1 de Vinarós: La información proporcionada por la Conselleria de Sanidad no incluía el número de pacientes del Departamento 1. Esta estimación se hizo a través del prorrateo que se explica a continuación. La información sobre el número de altas fue obtenido a través de la web del Ministerio de Sanidad (ver anexo V).

La población del Departamento 1 de Vinarós, está compuesto por 86.275 personas que representa un 1,79% sobre la población de la Comunidad Valenciana, la cual es de 4.818.441 personas.

Aplicando el ratio, de 1,79%, sobre los pacientes de la Comunidad Valenciana por cada tipo de GRD obtenemos el número de pacientes del Departamento 1.

Es decir, el departamento 1 de Vinarós cuenta con 82 pacientes del GRD 14, 69 pacientes del GRD 209, 20 pacientes del GRD 210, 50 pacientes del GRD 211 y 11 pacientes del GRD 236, tal y como se muestra en la siguiente tabla:

Población España	47.190.493
Población C. Valenciana	4.818.441
Población Dpto. 1 Vinarós	86.275
Ratio: Dtpto.1/ C. Valenciana	1,79%

Departamento	GRD	Nº Pacientes C. Valenciana	Ratio	Nº pacientes Vinarós
1	14	4.585	1,79%	82
1	209	3.845	1,79%	69
1	210	1.113	1,79%	20
1	211	2.789	1,79%	50
1	236	624	1,79%	11

2. Cálculo de pacientes del GRD 14 para todos los departamentos: La información proporcionada por la Conselleria de Sanidad no incluía el número de pacientes del GRD 14 para ningún departamento. Esta estimación se hizo a través del prorrateo que se explica a continuación. El número de altas del GRD 14, es de 4.585 personas (web del Ministerio de Sanidad, ver anexo V).

De la misma forma que en el caso anterior, se calculó un ratio que relaciona la población del departamento sobre la población de la Comunidad Valenciana.

Aplicando el ratio de cada departamento a las 4.585 personas relacionadas con el GRD 14 obtenemos el siguiente cuadro:

GRD	14
Total altas españa	4.585
Población españa	47.190.493
Población valencia	4.818.441
Altas C. Vaenciana	4.585

Departamento	GRD	Población	Ratio	Nº pacientes
1	14	86.275	1,79%	82
2	14	269.344	5,59%	256
3	14	183.315	3,80%	174
4	14	143.670	2,98%	137
5	14	324.130	6,73%	308
6	14	291.107	6,04%	277
7	14	260.024	5,40%	247
8	14	48.122	1,00%	46
9	14	353.142	7,33%	336
10	14	347.462	7,21%	331
11	14	254.961	5,29%	243
12	14	174.804	3,63%	166
13	14	157.163	3,26%	150
14	14	195.882	4,07%	186
15	14	136.357	2,83%	130
16	14	167.655	3,48%	160
17	14	205.135	4,26%	195
18	14	212.565	4,41%	202
19	14	251.046	5,21%	239
20	14	279.248	5,80%	266
21	14	158.355	3,29%	151
22	14	170.583	3,54%	162
23	14	148.096	3,07%	141
		<b>4.818.441</b>	<b>100,00%</b>	<b>4.585</b>

#### B- Número de camas

El cálculo del número de camas se realiza a partir de la fórmula del Estudio de Toledo, que es la que se ha utilizado previamente en el análisis del caso de éxito:

$$\text{Nº de camas} = \frac{\text{Pacientes x Estancia Media}}{\text{Tasa de ocupación x 365 días}}$$

A continuación se presentan, de manera resumida, los datos que se utilizan para realizar los cálculos referentes al número de camas. Como se ha explicado, el número de pacientes viene proporcionado por la Conselleria de Sanidad. La estancia media se obtiene de la norma estatal de grupos relacionados por el diagnóstico.

Pacientes y Estancia media para el Departamento 11			
GRD	Concepto GRD	Pacientes	Estancia media
14	Ictus de infarto	243	9,26
209	Sustitución articular excepto cadera	376	7,66
210	Procedim. Cadera y femur con CC	96	13,9
211	Procedim. Cadera y femur sin CC	116	10,52
236	Fractura de cadera y femur	21	7,73
<b>TOTAL</b>		<b>852</b>	<b>9,81</b>

$$\text{Nº de camas} = \frac{\text{Pacientes x Estancia Media}}{\text{Tasa de ocupación x 365 días}}$$



$$\text{Nº de camas} = \frac{376 \times 7,66 + 96 \times 13,9 + 116 \times 10,52 + 21 \times 7,73 + 243 \times 9,26}{0,8 \times 365} = 27 \text{ camas}$$

### C- Estancias

Teniendo en cuenta que, con la extensión del modelo a la totalidad del departamento de salud de Alzira, el número de camas asciende a 27, es preciso calcular el número de estancias, es decir, el total de días que están ocupadas las camas con una tasa de ocupación del 80%.

Estancias = 27 camas x 365 días x 80% ocupación



Estancias 27 x 365 x 0,8 = 7.844 estancias

Así pues, a la luz de los cálculos y aplicando el modelo a los GRD 14, 209, 210, 211 y 236 en todo el departamento de salud de Alzira (departamento 11), el sector privado cubriría un total de 27 camas, lo cual se traduce en 852 pacientes al año y 7.844 estancias.

Una vez establecidos estos parámetros, se está en disposición de calcular cuál sería el ahorro corriente que se obtendría al extender el modelo a la totalidad del departamento de salud de Alzira. Hay que puntualizar que el coste total – tanto del hospital como de la URF – se obtiene como resultado de multiplicar las estancias por el coste de los GRD, neto de costes quirúrgicos.

Tabla 13: Ahorro corriente en el Departamento de Salud de Alzira (11) por extensión del modelo de colaboración sociosanitario público-privado

Costes GRD 14, 209, 210, 211 y 239 en el Hospital La Ribera de Alzira							
GRD	Concepto GRD	Pacientes	Estancia media	Nº camas GRD	Coste GRD	Estancias	Coste total
14	Ictus de infarto	243	9,26	8	400 €	2247	898.623 €
209	Sustitución articular excepto cadera	376	7,66	10	400 €	2880	1.152.064 €
210	Procedim. Cadera y femur con CC	96	13,9	5	400 €	1334	533.760 €
211	Procedim. Cadera y femur sin CC	116	10,52	4	400 €	1220	488.128 €
236	Fractura de cadera y femur	21	7,73	1	400 €	162	64.932 €
<b>TOTAL</b>		<b>852</b>	<b>9,81</b>	<b>27</b>	<b>400 €</b>	<b>7844</b>	<b>3.137.507 €</b>

Costes GRD 14, 209, 210, 211 y 239 en la URF							
GRD	Concepto GRD	Pacientes	Estancia media	Nº camas GRD	Coste GRD	Estancias	Coste total
14	Ictus de infarto	243	9,26	8	100 €	2247	224.656 €
209	Sustitución articular excepto cadera	376	7,66	10	100 €	2880	288.016 €
210	Procedim. Cadera y femur con CC	96	13,9	5	100 €	1334	133.440 €
211	Procedim. Cadera y femur sin CC	116	10,52	4	100 €	1220	122.032 €
236	Fractura de cadera y femur	21	7,73	1	100 €	162	16.233 €
<b>TOTAL</b>		<b>852</b>	<b>9,81</b>	<b>27</b>	<b>100 €</b>	<b>7844</b>	<b>784.377 €</b>

$$\text{Ahorro corriente} = 3.137.507 - 784.377 = 2.353.130 \text{ €}$$

Nº	Departamento	Población	Camas	Pacientes	Estancias	Coste Hospital	Coste URF	Ahorro Total
11	Alzira	254.961	27	852	7.844	3.137.507 €	784.377 €	2.353.130 €

Fuente: Elaboración propia a partir de datos proporcionados por la Conselleria de Sanidad, Residencia Solimar, norma estatal de GRD y Estudio de Toledo

Así pues, los resultados obtenidos revelan que el coste de tratar a la totalidad de pacientes crónicos del departamento de salud 11 (Alzira) en hospitales es de 3.137.507€, mientras que el coste de tratarlos en unidades de recuperación funcional (URF) es de 784.377€, con lo que se obtiene un ahorro corriente de 2.353.130€.

✓ Comunidad Valenciana (24 departamentos de salud)

Una vez analizado el impacto económico que se obtendría al extender el modelo de colaboración sociosanitaria entre el ámbito público y el privado en el departamento de salud de Alzira, se estudia el efecto global – en términos de ahorro corriente – que se produciría al aplicarlo al resto de departamentos de salud, y por tanto, a la totalidad de la Comunidad Valenciana.

Los cálculos realizados son los que se han presentado para el caso del departamento de salud de Alzira, ajustados a los datos correspondientes de cada departamento.

En primer lugar, se presentan los costes hospitalarios que suponen actualmente los GRD 14, 209, 210, 211 y 236 para todos los departamentos de Salud de la Comunidad Valenciana. Hay que recordar que el coste hospitalario de dichos GRD asciende a 400 euros. Dicha cantidad es inferior a la que figura en la norma estatal de los grupos relacionados por el diagnóstico porque se eliminan los costes de quirófano, tal y como se ha explicado con anterioridad.

En segundo lugar, se calculan los costes de los grupos relacionados por el diagnóstico (GRD) 14, 209, 210, 211 y 236 en el caso de que se llevara a cabo el cuidado de dichos pacientes mediante unidades de recuperación funcional (URF) del mismo modo que se ha realizado con la URF de la residencia Solimar. Para poder evaluar esta variable económica es preciso fijar el coste de tratar a los pacientes de los GRD seleccionados en unidades de recuperación funcional. Teniendo en cuenta que se trata de una propuesta de futuro, y que el caso real es el de la colaboración entre el Hospital de La Ribera y la URF de Solimar, se tomará dicho coste para el análisis. Por tanto, dada la experiencia del caso de éxito entre ambas instituciones, se considera que lo más ajustado es tomar como referencia los 100 € que supone el coste para la unidad de recuperación funcional de la residencia Solimar.

En las siguientes tablas (Tablas 14 y 15) se analiza la información a la cual se acaba de hacer referencia.

Tabla 14: Coste hospitalario total de los GRD 14, 209, 210, 211 y 236 de los 24 departamentos de salud de la Comunidad Valenciana

Coste Hospitalario Total de GRD 14, 209, 210, 211 y 236 para la Comunidad Valenciana							
Departamento	GRD	Nombre Hospital	Pacientes	Camas	Coste Hospital	Estancias	Coste Total
1	14, 209, 210, 211 Y 236	H. Vinarós	231	7	400 €	2.172	868.728 €
2	14, 209, 210, 211 Y 236	H. Gral. de Castelló/H. Prov. de Castelló	742	23	400 €	6.836	2.734.453 €
3	14, 209, 210, 211 Y 236	H. La Plana (Villarreal)	446	14	400 €	4.117	1.646.663 €
4	14, 209, 210, 211 Y 236	H. Sagunt	431	14	400 €	3.949	1.579.672 €
5	14, 209, 210, 211 Y 236	H. Clínic de Valencia/H. Malva-Rosa (Valencia)	789	25	400 €	7.391	2.956.453 €
6	14, 209, 210, 211 Y 236	H. Arnau de Vilanova	594	20	400 €	5.854	2.341.549 €
7	14, 209, 210, 211 Y 236	H. La Fe	565	18	400 €	5.248	2.099.348 €
8	14, 209, 210, 211 Y 236	H. Requena	181	6	400 €	1.606	642.448 €
9	14, 209, 210, 211 Y 236	H. Gral. de Valencia	822	27	400 €	7.835	3.134.139 €
10	14, 209, 210, 211 Y 236	H. Dr. Peset	818	26	400 €	7.715	3.085.891 €
11	14, 209, 210, 211 Y 236	H. La Ribera	852	27	400 €	7.844	3.137.507 €
12	14, 209, 210, 211 Y 236	H. Francesc de Borja (Gandia)	479	15	400 €	4.521	1.808.394 €
13	14, 209, 210, 211 Y 236	H. Marina Alta (Denia)/H. Marina Salud (Denia)	422	13	400 €	3.939	1.575.761 €
14	14, 209, 210, 211 Y 236	H. Lluís Alcanyis (Xàtiva)/H. Ontinyent	577	18	400 €	5.240	2.095.816 €
15	14, 209, 210, 211 Y 236	H. Verge dels Liris (Alcoi)	308	10	400 €	2.995	1.197.989 €
16	14, 209, 210, 211 Y 236	H. Vila-Joiosa	350	11	400 €	3.256	1.302.421 €
17	14, 209, 210, 211 Y 236	H. Sant Joan	489	16	400 €	4.614	1.845.697 €
18	14, 209, 210, 211 Y 236	H. Gral. de Elda	538	17	400 €	4.959	1.983.728 €
19	14, 209, 210, 211 Y 236	H. Gral. d'Alacant	651	20	400 €	5.916	2.366.352 €
20	14, 209, 210, 211 Y 236	H. Gral. d'Eix	464	15	400 €	4.369	1.747.432 €
21	14, 209, 210, 211 Y 236	H. Vega Baja (Orihuela)	426	13	400 €	3.854	1.541.410 €
22	14, 209, 210, 211 Y 236	H. Torrevieja	478	15	400 €	4.375	1.749.984 €
23	14, 209, 210, 211 Y 236	H. Manises	417	14	400 €	3.983	1.593.264 €
24	14, 209, 210, 211 Y 236	Elche Crevillente	260	8	400 €	2.380	952.004 €
<b>TOTAL</b>			<b>12.330</b>	<b>394</b>	<b>400 €</b>	<b>114.968</b>	<b>45.987.103 €</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de datos proporcionados por la Conselleria de Sanidad, Residencia Solimar, norma estatal de GRD y Estudio de Toledo

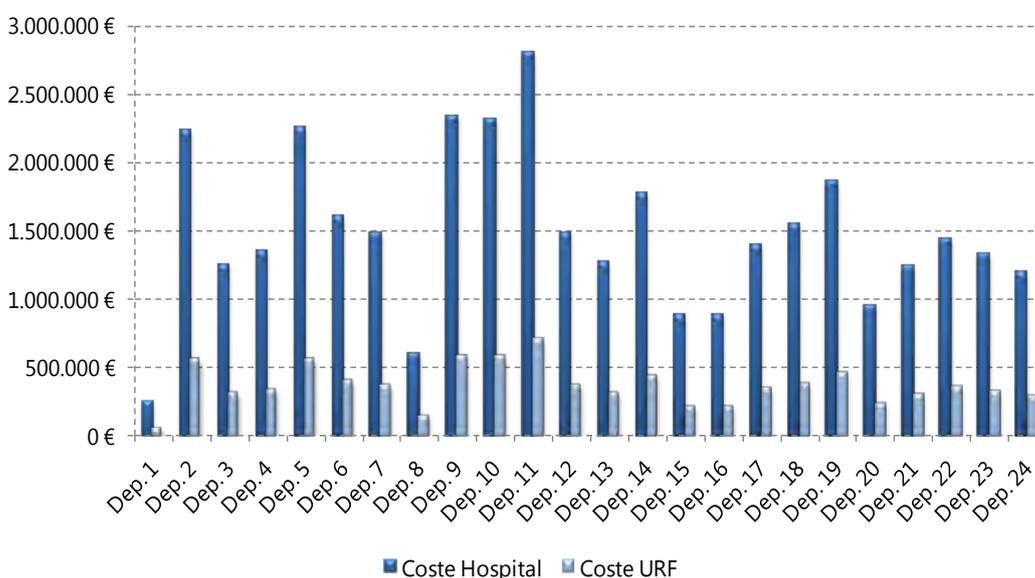
Tabla 15: Coste total en URF de los GRD 14, 209, 210, 211 y 236 de los 24 departamentos de salud de la Comunidad Valenciana

Coste URF Total de GRD 14, 209, 210, 211 y 236 para la Comunidad Valenciana									
Departamento	GRD	Nombre Hospital	Pacientes	Camas	Coste URF	Estancias	Coste Total		
1	14, 209, 210, 211y 236	H. Vinarós	231	7	100 €	2.172	217.182 €		
2	14, 209, 210, 211y 236	H. Gral. de Castelló/H. Prov. de Castelló	742	23	100 €	6.836	683.613 €		
3	14, 209, 210, 211y 236	H. La Plana (Villarreal)	446	14	100 €	4.117	411.666 €		
4	14, 209, 210, 211y 236	H. Sagunt	431	14	100 €	3.949	394.918 €		
5	14, 209, 210, 211y 236	H. Clínic de Valencia/H. Malva-Rosa (Valencia)	789	25	100 €	7.391	739.113 €		
6	14, 209, 210, 211y 236	H. Arnau de Vilanova	594	20	100 €	5.854	585.387 €		
7	14, 209, 210, 211y 236	H. La Fe	565	18	100 €	5.248	524.837 €		
8	14, 209, 210, 211y 236	H. Requena	181	6	100 €	1.606	160.612 €		
9	14, 209, 210, 211y 236	H. Gral. de Valencia	822	27	100 €	7.835	783.535 €		
10	14, 209, 210, 211y 236	H. Dr. Peset	818	26	100 €	7.715	771.473 €		
11	14, 209, 210, 211y 236	H. La Ribera	852	27	100 €	7.844	784.377 €		
12	14, 209, 210, 211y 236	H. Francesc de Borja (Gandia)	479	15	100 €	4.521	452.098 €		
13	14, 209, 210, 211y 236	H. Marina Alta (Denia)/H. Marina Salud (Denia)	422	13	100 €	3.939	393.940 €		
14	14, 209, 210, 211y 236	H. Lluís Alcanyis (Xàtiva)/H. Ontinyent	577	18	100 €	5.240	523.954 €		
15	14, 209, 210, 211y 236	H. Verge dels Liris (Alcoi)	308	10	100 €	2.995	299.497 €		
16	14, 209, 210, 211y 236	H. Vila-Joiosa	350	11	100 €	3.256	325.605 €		
17	14, 209, 210, 211y 236	H. Sant Joan	489	16	100 €	4.614	461.424 €		
18	14, 209, 210, 211y 236	H. Gral. de Elda	538	17	100 €	4.959	495.932 €		
19	14, 209, 210, 211y 236	H. Gral. d'Alacant	651	20	100 €	5.916	591.588 €		
20	14, 209, 210, 211y 236	H. Gral. d'Eix	464	15	100 €	4.369	436.858 €		
21	14, 209, 210, 211y 236	H. Vega Baja (Orihuela)	426	13	100 €	3.854	385.353 €		
22	14, 209, 210, 211y 236	H. Torreveja	478	15	100 €	4.375	437.496 €		
23	14, 209, 210, 211y 236	H. Manises	417	14	100 €	3.983	398.316 €		
24	14, 209, 210, 211y 236	Elche Crevillente	260	8	100 €	2.380	238.001 €		
<b>TOTAL</b>			<b>12.330</b>	<b>394</b>	<b>100 €</b>	<b>114.968</b>	<b>11.496.776</b>		

Fuente: Elaboración propia a partir de datos proporcionados por la Conselleria de Sanidad, Residencia Solimar, norma estatal de GRD y Estudio de Toledo

Como se observa en las tablas 14 y 15, si el modelo de colaboración sociosanitaria entre el ámbito público y el privado se extiende al resto de la Comunidad Valenciana (cubriendo un total de 394 camas), se atenderían a 12.330 pacientes al año, es decir, un total de 114.968 estancias. Además, la reducción de costes que se producen en todos y cada uno de los departamentos de salud es muy acusada; así se aprecia en las tablas presentadas anteriormente y, a continuación, de manera gráfica:

Gráfico 10: Comparación de costes de atención a pacientes de los GRD 14, 209, 210, 211 y 236 en hospitales frente a la atención en URF en los 24 departamentos de salud de la C. Valenciana



Fuente: Elaboración propia a partir de datos proporcionados por la Conselleria de Sanidad, Residencia Solimar, norma estatal de GRD y Estudio de Toledo

Si este número de pacientes es atendido en centros hospitalarios – tal y como se viene haciendo hasta ahora – el coste por su estancia ascendería a 45.987.103 €. En cambio, dado el menor coste que supone la atención en unidades de recuperación funcional, si los pacientes fuesen derivados a las URF de las residencias geriátricas, el coste se reduciría hasta los 11.496.776. Así pues, el ahorro corriente que se consigue al extender el modelo de colaboración público-privada a la Comunidad Valenciana es de 34.490.327€.

Tabla 16: Ahorro corriente en la C. Valenciana por extensión del modelo de colaboración sociosanitario público-privado

Coste hospitalario Total de GRD 14, 209, 210, 211 y 236 para la Comunidad Valenciana						
TOTAL	Pacientes	Estancia media	Camas	Coste URF	Estancias	Coste Total
	12.330	10	394	400	114.968	45.987.103

Coste URF Total de GRD 14, 209, 210, 211 y 236 para la Comunidad Valenciana						
TOTAL	Pacientes	Estancia media	Camas	Coste URF	Estancias	Coste Total
	12.330	10	394	100	114.968	11.496.776



$$\text{Ahorro corriente} = 45.987.103 - 11.496.776 = 34.490.327\text{€}$$

Por último, en la siguiente tabla se resume el análisis de costes que se ha llevado a cabo a lo largo de este epígrafe, en relación con los datos de población y pacientes que corresponde a cada departamento de salud, así como la reducción de costes – en términos de ahorro corriente – que se consigue obtener al aplicar el modelo de colaboración en todo el territorio valenciano.

Tabla 17: Análisis de costes y ahorro corriente por extensión del modelo de colaboración sociosanitaria público-privado a los 24 departamentos de salud de la C. Valenciana

Análisis de costes por extensión del modelo de colaboración público-privada en la Comunidad Valenciana										
Nº	DEPARTAMENTO	POBLACIÓN	PACIENTES	CAMAS	ESTANCIAS	COSTE HOSPITAL	COSTE URF	AHORRO CORRIENTE		
1	Vinaròs	86.275	231	7	2.172	868.728 €	217.182 €	651.546 €		
2	Castelló	269.344	742	23	6.836	2.734.453 €	683.613 €	2.050.839 €		
3	La plana	183.315	446	14	4.117	1.646.663 €	411.666 €	1.234.997 €		
4	Sagunto	143.670	431	14	3.949	1.579.672 €	394.918 €	1.184.754 €		
5	Valencia Clínico	324.130	789	25	7.391	2.956.453 €	739.113 €	2.217.339 €		
6	Valencia Arnau de Vilanova	291.107	594	20	5.854	2.341.549 €	585.387 €	1.756.162 €		
7	Valencia la fe	260.024	565	18	5.248	2.099.348 €	524.837 €	1.574.511 €		
8	Requena	48.122	181	6	1.606	642.448 €	160.612 €	481.836 €		
9	Consorcio Hospital General	353.142	822	27	7.835	3.134.139 €	783.535 €	2.350.604 €		
10	Valencia Dr. Peset	347.462	818	26	7.715	3.085.891 €	771.473 €	2.314.419 €		
11	Alzira	254.961	852	27	7.844	3.137.507 €	784.377 €	2.353.130 €		
12	Gandia	174.804	479	15	4.521	1.808.394 €	452.098 €	1.356.295 €		
13	Denia	157.163	422	13	3.939	1.575.761 €	393.940 €	1.181.821 €		
14	Xàtiva-Ontinyent	195.882	577	18	5.240	2.095.816 €	523.954 €	1.571.862 €		
15	Alcoi	136.357	308	10	2.995	1.197.989 €	299.497 €	898.492 €		
16	Vila-Joiosa	167.655	350	11	3.256	1.302.421 €	325.605 €	976.815 €		
17	Alicante - San Juan	205.135	489	16	4.614	1.845.697 €	461.424 €	1.384.273 €		
18	Elda	212.565	538	17	4.959	1.983.728 €	495.932 €	1.487.796 €		
19	Alicante	251.046	651	20	5.916	2.366.352 €	591.588 €	1.774.764 €		
20	Eix	279.248	464	15	4.369	1.747.432 €	436.858 €	1.310.574 €		
21	Orihuela	158.355	426	13	3.854	1.541.410 €	385.353 €	1.156.058 €		
22	Torre Vieja	170.583	478	15	4.375	1.749.984 €	437.496 €	1.312.488 €		
23	Manises	148.096	417	14	3.983	1.593.264 €	398.316 €	1.194.948 €		
24	Elche Crevillente	183.051	260	8	2.380	952.004 €	238.001 €	714.003 €		
<b>TOTAL</b>		<b>5.001.492</b>	<b>12.330</b>	<b>394</b>	<b>114.968</b>	<b>45.987.103 €</b>	<b>11.496.776</b>	<b>34.490.327 €</b>		

Fuente: Elaboración propia a partir de datos proporcionados por la Conselleria de Sanidad, Residencia Solimar, norma estatal de GRD y Estudio de Toledo

Los resultados obtenidos se pueden separar, a grandes rasgos, en dos bloques. El primero de estos bloques está constituido por el caso de éxito que se llevó a cabo mediante la colaboración entre el Hospital La Ribera y la unidad de recuperación funcional (URF) de la residencia Solimar. El segundo elemento a evaluar hace referencia a la propuesta de extensión del modelo de colaboración sociosanitaria público-privada a la totalidad de la Comunidad Valenciana.

Por lo que respecta al caso de éxito, los resultados se analizan desde una tripe vertiente: la efectividad clínica, la satisfacción del paciente y familiares y la evaluación de costes. Desde el punto de vista de la efectividad clínica, todas las variables analizadas demuestran que la colaboración sociosanitaria público-privada supera con creces los estándares de sanidad establecidos.

Los resultados respecto a la satisfacción de pacientes y familiares son muy favorables para la unidad de recuperación funcional. Se realizaron diferentes encuestas y en global, las valoraciones son muy favorables. Así pues, la calificación media que los usuarios le otorgan a la URF de Solimar es de un 9,13 puntos.

Por último, desde el punto de vista económico se obtienen resultados muy satisfactorios que validan que se trata de un caso de éxito. Por una parte se evalúa el ahorro corriente (entendido como reducción de costes por la diferencia entre mantener al paciente en el hospital o en la unidad de recuperación funcional) y, por traslado de pacientes o de derivación. Para el caso concreto, el ahorro corriente asciende a 1051.200€ y el resto de conceptos de ahorro ascienden, en conjunto, a 1.045.961€. Es decir, el ahorro global para el caso de éxito es de 2.097.161€.

A la luz de los resultados obtenidos, se propone extender el modelo al resto del departamento de salud de Alzira (departamento 11) así como a la totalidad de la Comunidad Valenciana. Cabe destacar que en este caso sólo se estima el cálculo del ahorro corriente, dada la variabilidad de los demás conceptos de ahorro, y por tanto, la imposibilidad de estimarlos con precisión. Así pues, si se ampliase el modelo de colaboración sociosanitaria público-privada a los 24 departamentos de salud de la Comunidad Valenciana, se obtendría un total de 34.490.327€.

## 6. CONCLUSIONES

Actualmente, los datos estadísticos demuestran que nos encontramos ante una sociedad cambiante a efectos demográficos. Por una parte, se produce un descenso de la tasa de natalidad así como un aumento de la esperanza de vida; sin duda, la combinación de ambos fenómenos conlleva que la población esté envejeciendo. Así pues, si la población envejece, la proporción de personas mayores de 64 años es cada vez más grande. Además, existen dos variables que van de la mano del envejecimiento, esto es, el padecimiento de enfermedades crónicas y la dependencia; debido a este aumento de población mayor de 64 años, existen más personas que padecen enfermedades crónicas y, por tanto, la tasa de dependencia de personas mayores ha experimentado también un fuerte crecimiento. Todo ello conduce a que la tasa de morbilidad sea cada vez mayor. Cabe destacar que todas estas conclusiones son aplicables tanto para el caso de España, en general, como para el caso de la Comunidad Valenciana en particular.

Debido a este aumento de enfermos crónicos – la mayoría de personas mayores de 75 años (el 57,7% de los enfermos crónicos de la Comunidad Valenciana superan dicha edad) – se hace necesario remodelar el sistema sanitario. Actualmente, el porcentaje de consultas de atención primaria, de ingresos hospitalarios y de atención en urgencias a pacientes crónicos es muy elevado. Las estancias hospitalarias de estos pacientes suelen ser muy elevadas, entre 20 y 25 días, por lo que una vez superan la crisis por la cual fueron ingresados en el hospital de agudos suelen ser derivados a hospitales de atención a crónicos y larga estancia (HACLE). Según el plan de atención a crónicos de la Comunidad Valenciana, el objetivo es que existan 1.500 plazas para atender a pacientes de dichas características. Actualmente, ya existen 834, por lo que existe una necesidad de crear 666 nuevas plazas.

El coste de derivar y alojar a pacientes en hospitales de atención a crónicos y larga estancia es muy elevado y, por tanto, no será sostenible con el tiempo. Por ello, se requiere buscar soluciones alternativas. A día de hoy existen múltiples residencias geriátricas con baja tasa de ocupación (ninguna comunidad autónoma tiene una tasa de ocupación superior al 90%) y acondicionadas para tratar a pacientes de esta índole, mediante lo que se denominan unidades de recuperación funcional (URF). El marco legal existente sienta las bases necesarias para que la administración concierte plazas privadas con la finalidad de tratar a pacientes dependientes. La asociación de empresas privadas de accesibilidad social (AECAS) tiene dos tercios de sus plazas (3.812 plazas) concertadas con la administración pública valenciana, con las cuales se podría hacer frente a esta necesidad.

Así pues, en el año 2010 el Hospital La Ribera (Alzira) y la unidad de recuperación funcional (URF) de la residencia Solimar empezaron a colaborar conjuntamente derivando pacientes que presentaban ciertas características comunes –

concretamente los pacientes de los grupos relacionados por el diagnóstico (GRD) 14, 209, 210, 211 y 236 – desde el hospital a la residencia. Se trataba de realizar una prueba para saber cuán efectiva era la colaboración entre ambas instituciones; dado que era una prueba piloto, sólo se derivaron 331 pacientes, lo que suponía una ocupación de 12 camas y 3.504 estancias.

La evaluación del modelo de colaboración verificó que se trataba de un caso de éxito. Así pues, se demostró la validez del mismo desde tres perspectivas diferentes: la efectividad clínica, la satisfacción del paciente y familiares y la evaluación de costes. Desde el punto de vista de la efectividad clínica, todas las variables analizadas demuestran que la colaboración sociosanitaria público-privada supera con creces los estándares de sanidad establecidos, obteniendo resultados realmente alentadores.

- Mejora la ganancia funcional de los pacientes ingresados en unidades de recuperación funcional (en comparación con los pacientes ingresados en hospitales).
- Disminuye la estancia media. Esta variable supone una ventaja tanto para la recuperación del paciente (menor deterioro) como para la reducción de costes (se ahorra, de media, cinco días de estancia por cada paciente).
- Disminuye la mortalidad de enfermos crónicos no paliativos. Dado que las enfermedades crónicas son una de las principales causas de fallecimiento, es sumamente relevante que se cumpla con este estándar de sanidad.
- Disminuye la institucionalización tras el alta. El buen estado de salud en el que los pacientes abandonan la unidad de recuperación funcional se hace patente en el bajo porcentaje de pacientes que requieren ser ingresados en una residencia tras recibir el alta.
- Por lo que respecta a los reingresos en el hospital tras ser atendido en la URF de Solimar, el porcentaje de pacientes que requiere ser ingresado de nuevo es mayor al que marcan los protocolos sanitarios. No obstante, hay que recordar que el carácter grave de las enfermedades que se están en este estudio obligan a que los criterios de reingreso sean muy estrictos.

Los resultados respecto a la satisfacción de pacientes y familiares son muy favorables para la unidad de recuperación funcional. Así pues, la calificación media que los usuarios le otorgan a la URF de Solimar es de un 9,13.

Por último, desde el punto de vista económico se obtienen resultados muy satisfactorios que validan que se trata de un caso de éxito. Por una parte se evalúa el ahorro corriente (entendido como reducción de costes por la diferencia entre mantener al paciente en el hospital o en la unidad de recuperación funcional) y, por otra parte, se evalúan ahorros derivados de la disminución de estancia media, del

traslado de pacientes o de derivación. Para el caso concreto, el ahorro corriente asciende a 1.051.200 euros y el resto de conceptos de ahorro ascienden, en conjunto, a 1.045.961 euros. Es decir, el ahorro global para el caso de éxito es de 2.097.161 euros.

Cabe destacar que dicha colaboración no sólo permite disminuir el coste por estancia, sino que mejora la productividad ya que incrementa la capacidad de atención sin inversión en nuevo inmovilizado (nuevos hospitales) disminuyendo las listas de espera e incrementando la capacidad total.

A la luz de los resultados obtenidos, se propone extender el modelo al resto del departamento de salud de Alzira (departamento 11), así como, a la totalidad de la Comunidad Valenciana. Cabe destacar que, en este caso, sólo se estima el cálculo del ahorro corriente, dada la variabilidad de los demás conceptos de ahorro y, por tanto, la imposibilidad de estimarlos con precisión. En el caso de que se extendiese el modelo a la totalidad del departamento de salud de Alzira se obtendría un ahorro corriente de 2.101.419 euros.

Por último, teniendo en cuenta la validez del caso de éxito se introduce una propuesta necesaria: extender el modelo de colaboración al resto de la Comunidad Valenciana, ya que de este modo los beneficios conseguidos se ampliarán a todo el territorio. Ahora bien, con la extensión del modelo no se pueden cubrir, en una primera fase, las 666 camas necesarias. Según la Conselleria de Sanidad y la asociación de empresas concertadas de accesibilidad social (AECAS) un 20% de los pacientes crónicos deberán permanecer ingresados en el hospital de agudos y un 21% son pacientes crónicos de mayor complejidad que serían derivados a las unidades de recuperación funcional (URF) en una segunda fase, dada la poca experiencia que se tiene todavía al tratar a pacientes crónicos en estas unidades. Por tanto, la primera fase de extensión del modelo cubriría el 59% del total de las plazas necesarias (666), es decir, cubriría un total de 394 camas. Con todo ello, se conseguiría una disminución de costes (expresada como ahorro corriente) de 34.490.327 euros.

## 7. BIBLIOGRAFIA

ABELLÁN, A. (2013). *“Una de cada cinco plazas en residencias de mayores está vacante.”* [En línea] <<http://envejecimientoenred.wordpress.com/2013/05/16/una-de-cada-cinco-plazas-en-residencias-de-mayores-esta-vacante/>> [Fecha de consulta: febrero 2013]

AHN, N.; ALONSO, J.A.; ALONSO-MESEGUER, J.; HERCE-SAN MIGUEL, J.A. (2003). *“Gasto sanitario y envejecimiento de la población en España.”* Documento de trabajo nº7. Madrid, Fundación BBVA.

CANTÓ TORÁN, E.; VIVAS CONSUELO, D.; BARRACHINA MARTÍNEZ, I.; ESCUDERO TORRELLA, J. (2011). *“Costes y procesos hospitalarios en neurología. Estudio en un hospital de referencia”* RevNeurol 2011; 53 (10): 599-606.

CASADO MARÍN, D.; PUIG JUNOY, J.; PUIG PEIRÓ, R. (2009). *“Impacto de la demografía sobre el gasto sanitario futuro de las comunidades autónomas”*. Madrid, Fundación Pfizer.

CASAS, M. (1991) *“Los grupos relacionados con el diagnóstico. Experiencias y perspectivas de utilización”*. Barcelona, Masson.

CASER Fundación (2009). *“Ayudas a la dependencia en España. Situación actual.”* [En línea] <[http://www.fundacioncaser.es/sites/default/files/20110201\\_022.pdf](http://www.fundacioncaser.es/sites/default/files/20110201_022.pdf)> [Fecha de consulta: febrero 2013]

CONSELLERIA DE SANIDAD. GENERALITAT VALENCIANA (2007). *“Plan integral de atención sanitaria a las personas mayores y a los enfermos crónicos en la Comunitat Valenciana 2007 – 2011”*. [En línea] <<http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.1275-2007.pdf>> [Fecha de consulta: febrero 2013]

CONSELLERIA DE SANIDAD. GENERALITAT VALENCIANA (2011). *“Plan de atención al Ictus en la Comunitat Valenciana 2011-2015”*. [En línea] <<http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.382-2011.pdf>> [Fecha de consulta: febrero 2013]

CONSELLERIA DE SANIDAD. GENERALITAT VALENCIANA (2012). *“Plan de atención a pacientes con enfermedades crónicas de la Comunidad Valenciana 2012”*. [En línea] <<http://iv.congresocronicos.org/documentos/plan-de-atencion-pacientes-cronicos-valencia.pdf>> [Fecha de consulta: febrero 2013]

DÍAZ CAVIEDES, R. (2012). *“La asfixia financiera de las residencias de ancianos”* [En línea] <<http://www.elconfidencial.com/sociedad/2012/05/27/la-asfixia-financiera-de-las-residencias-de-ancianos-98242>> [Fecha de consulta: febrero 2013]

GUADALAJARA OLMEDA, N. (1994). *“Análisis de costes en los Hospitales”* M/C/Q Ediciones. Valencia.

GUADALAJARA OLMEDA, N. (1996). *“Análisis de costes en centros residenciales”*. Documentos técnicos del Ministerio de trabajo y asuntos sociales, secretaria general de asuntos sociales. Instituto Nacional de Servicios Sociales. Madrid.

INSITUTO DE MAYORES Y SERVICIOS SOCIALES, IMSERSO (2012). *“Información estadística del sistema para la autonomía y atención a la dependencia. Situación a 31 de marzo de 2013”*. <[http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/im\\_073297.pdf](http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/im_073297.pdf)> [Fecha de consulta: febrero 2013]

JADAD, A.R.; CABRERA, A.; MARTOS, F.; SMITH, R.; LYONS, R.F. (2010). *“When people live with multiple chronic diseases: a collaborative approach to an emerging global challenge”*. Granada: AndalusianSchool of PublicHealth. [En línea] <[http://www.opimec.org/media/files/BOOK\\_OPIMEC\\_100818.pdf](http://www.opimec.org/media/files/BOOK_OPIMEC_100818.pdf)> [Fecha de consulta: febrero 2013]

LEY 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

MINISTERIOS DE SANIDAD Y CONSUMO (1999). *“Análisis y desarrollo de los GRD en el Sistema Nacional de Salud”* [En línea] <<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/analisis.pdf>> [Fecha de consulta: febrero 2013].

MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD. Dirección General del IMSERSO y Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud (2011). *“Libro blanco de la coordinación sociosanitaria en España.”* [En

[línea] <<http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/asociosanitaria2011.pdf>> [Fecha de consulta: febrero 2013].

ORGANIZACIÓN DE CONSUMIDORES Y USUARIOS, OCU (2012). “Recortes en la ley de dependencia”. [En línea] <<http://www.ocu.org/salud/derechos-paciente/noticias/recortes-ley-dependencia>> [Fecha de consulta: febrero 2013]

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. “*Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital.*” [En línea] <[http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/overview\\_sp.pdf](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/overview_sp.pdf)> [Fecha de consulta: febrero 2013]

Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad

RODRÍGUEZ CABRERO, G.; MONTSERRAT CODORNIU, J. (2002). “*Modelos de atención sociosanitaria. Una aproximación a los costes de la dependencia.*” [En línea] < <http://ccp.ucr.ac.cr/creles/pdf/monserrat-modelos-01.pdf>> [Fecha de consulta: febrero 2013]

ZAFRA GALÁN, E. “*La asistencia sociosanitaria en la Comunidad Valenciana. Situación actual y propuestas de futuro.*” [En línea] <<http://www.svmefr.com/reuniones/XVI/Trabajos/Ponencias/La%20Asistencia%20Sociosanitaria%20en%20la%20Comunidad%20Valenciana.%20Situaci%C3%B3n%20actual%20y%20propuestas%20de%20futuro.pdf>> [Fecha de consulta: febrero 2013]

## 8. ANEXOS

## **ANEXO I**

### **PROGRAMA PALET: OBJETIVOS**

El programa PALET (Programa especial de atención sanitaria a pacientes ancianos, a pacientes con enfermedades de larga evolución y a pacientes en situación terminal), es el primer paso normativo hacia la remodelación del sistema sanitario, ya que mediante el mismo queda patente la necesidad de adaptar el sistema con la finalidad de dar la asistencia adecuada a este tipo de pacientes que cada vez son más abundantes en la sociedad.

Así pues, los destinatarios de este plan eran “ancianos con pluripatología y discapacidad tanto leve como severa, adultos con enfermedad crónica en estado avanzado y pacientes con enfermedad neoplásica en fase terminal o no neoplásica”

El programa PALET incluía una serie de objetivos, tanto generales como específicos. Los primeros (objetivos generales) hacen referencia a las metas a alcanzar en la mejoría del paciente que es susceptible de aplicación del programa. En cambio, los objetivos específicos hacen referencia a los modos de actuación para llevar a cabo los primeros y suponen la base de la Orden de 13 de octubre de 1997.

#### **Objetivos Generales<sup>1</sup>:**

- Aumentar la supervivencia de los pacientes (Añadir años de vida).
- Aumentar la calidad de vida de los pacientes (Añadir vida a los años).
- Aumentar los periodos libres de enfermedad.
- Ayudar a los pacientes terminales a tener una muerte digna.

#### **Objetivos específicos<sup>2</sup>:**

- Proporcionar atención integral a los pacientes de estas características.
- Hacer una valoración integral del estado de salud de los pacientes.
- Ubicar a los pacientes en el mejor lugar terapéutico.
- Coordinar las actuaciones sanitarias con los servicios sociales.
- Proporcionar un soporte emocional a los pacientes y familiares.
- Evitar ingresos innecesarios en el hospital de agudos.

---

<sup>1</sup>Extracto del “Plan integral de atención sanitaria a las personas mayores y a los enfermos crónicos en la Comunitat Valenciana 2007-2011” pg. 23-25.

<sup>2</sup>Extracto del “Plan integral de atención sanitaria a las personas mayores y a los enfermos crónicos en la Comunitat Valenciana 2007-2011” pg. 23-25.

## **ANEXO II**

### **ORDEN DE 13 DE OCTUBRE DE 1997, DE LA CONSELLERIA DE SANIDAD, POR LA QUE SE DEFINEN LOS OBJETIVOS ASISTENCIALES, DE GESTIÓN Y LA ESTRUCTURA DE LOS HOSPITALES DE ASISTENCIA A CRÓNICOS Y DE LARGA ESTANCIA (HACLE)**

El progresivo envejecimiento de la población y el aumento de las enfermedades crónicas, con poca o nula posibilidad de curación obligan a los servicios sanitarios a orientar sus prestaciones para determinados colectivos de pacientes hacia un modelo más integral donde la curación no es el objetivo primordial, sino más bien los cuidados y la mejora de la calidad de vida.

En la Comunidad Valenciana el programa PALET, creado por Orden de 30 de marzo de 1995, trata de dar una respuesta integral a los problemas asistenciales planteados por estos colectivos.

La necesidad de adecuar las estructuras sanitarias pertinentes al desarrollo del programa PALET, hace necesario la definición de los Hospitales de Asistencia a Crónicos y Larga Estancia como instituciones prioritarias en la asistencia hospitalaria del PALET.

Por otra parte tal como se recoge en el decreto 186/1996 donde se aprueba el Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de la Atención Especializada en la Comunidad Valenciana en su capítulo I, artículo cuatro, existen distintas modalidades de hospital distinguiéndose entre ellas, apartado d), los Hospitales con Servicios o Unidades de Asistencia a Crónicos y de Larga Estancia, por lo que existe base normativa para avanzar en la autonomía de gestión de estos hospitales.

Por ello, y a propuesta del director general de Atención Especializada,

ORDENO

Artículo 1

Los hospitales que se relacionan en el anexo I serán desde ahora hospitales del programa PALET y su denominación será la de Hospitales de Atención a Crónicos y Larga Estancia.

## Artículo 2

Son funciones de estos hospitales proporcionar atención integral a los colectivos que conforman el PALET, es decir, los pacientes ancianos con pluripatología y dependencia, los pacientes no ancianos con enfermedades crónicas de larga evolución y los pacientes terminales, prestando especial atención a su rehabilitación con el objeto de favorecer la recuperación de la salud, el fomento de la autonomía y la mejora de la calidad de vida.

Asimismo estos hospitales participarán en la formación del personal sanitario tanto en su nivel de pregrado como de postgrado y en las líneas de investigación en materia de salud relacionadas con su actividad.

## Artículo 3

Los Hospitales de Atención a Crónicos y Larga Estancia dispondrán de todos los órganos de dirección, participación y asesoramiento previstos en el decreto 186/96.

El ámbito de influencia de estos hospitales será toda la C.Valenciana, sin perjuicio de que por necesidades de servicio se puedan definir unidades de referencia territorial.

## Artículo 4

Los Hospitales de Crónicos y Larga Estancia se organizarán en unidades funcionales como respuesta más adecuada a las necesidades de los pacientes a los que atiende.

Estas Unidades serán al menos:

- Unidad de Convalecencia.
- Unidad de Rehabilitación.
- Unidad de Cuidados Paliativos.
- Unidad de Larga Estancia.

Asimismo se podrán desarrollar otras unidades funcionales para poder tratar padecimientos específicos de la población a la que atienden como demencias, psicogeriatría, subagudos, terapia ocupacional, etc.

## Artículo 5

Estos hospitales podrán desarrollar, en función de las necesidades y de las directrices de la Consellería, otras fórmulas organizativas flexibles para la correcta atención de pacientes institucionalizados o ambulatorios (Hospital de Día Hospital de fin de semana, equipo de soporte domiciliario, etc.)

## Artículo 6

Como norma general y salvo excepciones que se señalen en casos concretos, en los Hospitales de Atención a Crónicos y Larga Estancia deberán existir estos otros servicios o unidades:

- Medicina Interna
- Documentación Clínica y Admisión
- Dietética
- Farmacia
- Radiodiagnóstico
- Laboratorio de análisis clínicos y microbiología
- Gimnasio de rehabilitación y terapia ocupacional
- Atención al Usuario

## Artículo 7

Al frente de cada Unidad existirá un responsable, cuyo nombramiento se ajustará a la forma de provisión definida reglamentariamente.

## DISPOSICIONES ADICIONALES

### Primera

Durante los seis meses siguientes a la publicación de esta orden, se procederá por parte de los Hospitales de Atención a Pacientes Crónicos y Larga Estancia a elaborar un catálogo de prestaciones, contando con la formación y tecnología de estos hospitales y a tenor de las directrices de la Conselleria.

### Segunda

Desde la Dirección General de Atención Especializada, se arbitrarán las medidas de coordinación necesarias con otros dispositivos asistenciales del PALET, para lograr una mayor eficiencia de los recursos sanitarios. Principalmente con las Unidades Médicas de Corta Estancia y las Unidades de Hospitalización a Domicilio.

### Tercera

Las direcciones generales de Atención Especializada y Atención Primaria arbitrarán las medidas necesarias para una perfecta coordinación entre ambos niveles asistenciales con objeto de proporcionar una continuidad asistencial a los pacientes del Programa PALET, para lo cual elaboraran en el plazo de seis meses un protocolo de actuación conjunta.

#### Cuarta

El Hospital de la Malvarrosa por su estructura, habilitada para la práctica de la cirugía, conservará una parte de su actividad como hospital complementario quirúrgico, con ámbito de toda la Comunidad Valenciana y orientado fundamentalmente para la cirugía sin ingreso o de corta estancia

Valencia, 13 de octubre de 1997

El Conseller de Sanidad

JOAQUIN FARNOS GAUCHIA

#### Anexo

Hospitales de Atención a Crónicos y Larga Estancia:

- Hospital de la Magdalena
- Hospital Doctor Moliner
- Hospital de la Malvarrosa
- Hospital de San Vicente del Raspeig

### **ANEXO III**

## **CARTERA DE SERVICIOS, RECURSOS ESTRUCTURALES Y RECURSOS HUMANOS DE LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN FUNCIONAL (URF) DE LA RESIDENCIA SOLIMAR**

### **Cartera de servicios** (principales servicios ofrecidos)

- Cuidados de media duración por niveles de dependencia con aspecto fundamentalmente rehabilitador, para devolver a la persona mayor al domicilio en la mejor situación funcional posible.
- Cuidados de convalecencia.
- Fisioterapia y terapia ocupacional.
- Cuidados paliativos para pacientes con criterios de terminalidad.
- Atención integrada al cuidador.
- Cuidados de enfermería.
- Atención geriátrica especializada y atención médica continuada.

Además, existen otros servicios adicionales como asistencia religiosa, podología, barbería y peluquería, gestión de recursos sociales como la teleasistencia, centro de respiro, estancias en centro de día o residenciales y balneoterapia.

### **Recursos estructurales**

La residencia Solimar cuenta con 122 plazas destinadas a residentes y 50 plazas destinadas a centro de día. Además, sus instalaciones están perfectamente adaptadas. Entre estas se encuentran:

- Área de recepción
- Área de dirección/administración (dirección, trabajo social, psicólogo)
- Área de servicios generales (cocina, comedor, lavandería...)
- Área de atención especializada (consulta, sala de curas, enfermería...)
- Área residencial (habitaciones dobles e individuales y aseo adaptado)
- Área de ocio y convivencia (sala de estar, recreativa, biblioteca...)

Cabe destacar que todas las instalaciones de la residencia Solimar cumplen con la "Orden de 4 de febrero de 2005, de la Conselleria de Bienestar Social, por la que se regula el régimen de autorización y funcionamiento de los centros de servicios sociales especializados para la atención de personas mayores", es decir, que los pacientes que tienen movilidad reducida y precisan de sillas de ruedas, grúas o camillas para baño no

tienen ningún problema para deambular por toda la residencia, ya que se cumple con todos los estándares exigidos.

### Recursos humanos

La residencia Solimar cuenta con un equipo multidisciplinar formado por:

- Director del centro
- Médico
- Enfermeras
- ATS
- Auxiliares de enfermería
- Psicólogo
- Psicogeriatra
- Fisioterapeuta
- Logoterapeuta
- Rehabilitador
- Terapeuta ocupacional
- Trabajador Social
- Trabajadores de servicios auxiliares: podólogo, peluquería, auxiliar administrativo, auxiliares de limpieza, cocineros, técnico de mantenimiento y conductor.

Además, se dispone del resto de profesionales en el hospital, donde se puede derivar a los pacientes en caso necesario.

**ANEXO IV****ENCUESTA DE SATISFACCIÓN SOBRE LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN FUNCIONAL (URF) DE LA RESIDENCIA SOLIMAR REALIZADA A PACIENTES Y FAMILIARES**

Nº	Pregunta	Sí, bien	Sí, regular	No, mal	NS/NC
1.	Cuando ingresó, ¿le explicaron las normas del centro (horarios, visitas, etc.)?	32	2	-	-
2.	¿Le/la informó la directora del centro con suficiente claridad en qué consistían los servicios del centro?	32	2	-	-
3.	¿Tiene la sensación de que el personal del centro le/la ha escuchado con suficiente interés y se han tenido en cuenta sus comentarios?	30	3	-	1
4.	¿Cree que se ha intentado, en la medida de lo posible, respetar su intimidad?	33	1	-	-
5.	En caso de haber sufrido algún tipo de incidencia, ¿ha recibido la atención y respuesta para solucionarlo?	24	4	1	2
6.	¿Le han informado de los posibles efectos y mejoras que puede proporcionarle su estancia en esta área de recuperación funcional?	31	2	-	-
7.	¿Es conocedor de cuáles son los servicios que presta el área de recuperación funcional de Solimar Alzira?	30	1	1	-
8.	Antes del alta, ¿le explicaron con claridad lo que debía hacer en casa para cuidarse?	25	4	1	-
9.	¿Fue atendido correctamente por el personal sanitario del centro durante su estancia?	31	2	-	-
10.	¿Le notificaron que le iban a dar el alta con suficiente antelación?	30	1	1	-

Indique como valora la asistencia sanitaria recibida en el centro en cuanto a:					
Nº	Pregunta	Muy bien	Bien	Regular	Muy mal
11.	El resultado de su estancia en el centro.	24	9	1	-
12.	La amabilidad y el respeto con la que le ha tratado el personal, sanitario o no, del centro.	30	4	-	-
13.	La información que el personal sanitario le ha proporcionado en cuanto a la evolución de su estado de salud.	24	7	3	-
14.	La información que el personal sanitario le ha proporcionado sobre los cuidados que debía realizarse.	23	11	-	-
15.	La confianza (seguridad de que hacen bien su trabajo) que le ha transmitido el personal sanitario.	25	8	1	-
16.	La preocupación del personal sanitario por tratarlo bien.	28	5	1	-
17.	La rapidez con la que lo/la atendieron cuando pedía o necesitaba algo.	23	6	1	-
18.	El aspecto y la conservación de las instalaciones.	24	6	-	-
19.	La limpieza de las instalaciones.	22	8	-	-

22. Indique si ha tenido problemas para/con:	Sí	No
Insuficiente ropa de cama.	4	26
Temperatura inadecuada en la habitación.	4	26
Poder preguntar las dudas sobre su tratamiento al personal sanitario.	7	23
Sensaciones muy desagradables durante la estancia	4	26
Comodidad para la estancia del acompañante	9	18
Escasa variedad de menús	6	22
Cambios en las condiciones de su estancia	3	24

Nº Pregunta	Seguro que sí	Creo que sí	Tengo dudas	Creo que no	No
23. Si un familiar suyo lo necesitara, ¿le recomendaría el centro Solimar Alzira?	24	5	1	-	-

Nº Pregunta	Mucho mejor	Mejor	Igual	Peor	Mucho peor
25. Respecto a lo que usted esperaba, la atención que ha recibido en el centro ha sido...	17	6	5	-	-

Nº Pregunta	Sí, mejor	No, igual	No, peor	NS/NC
26. Por su experiencia y lo que oye de otras personas, ¿cree que este centro es mejor que otros del mismo sector?	16	4	-	10

Nivel de satisfacción global	Puntuación	Nº de personas
Muy satisfactorio	10	19 personas
	9	4 personas
	8	3 personas
	7	3 personas
	6	
	5	
	4	
	3	1 persona
	2	
	1	
Nada satisfactorio	0	

**ANEXO V**

**INFORMES INDIVIDUALES POR GRD AP (CONSULTA INTERACTIVA  
DEL SNS)**

GRD AP v.23 14 **ICTUS CON INFARTO**  
 CDM 1 Enfermedades y trastornos del sistema nervioso  
 Tipo GRD Médico

Año 2011

## Datos generales

Tipo de GRD Médico  
 Número de altas 39.292  
 Número de altas depuradas 37.508  
 Estancia media 8,75  
 Estancia media depurada 7,40  
 Coste medio 3.620,88  
 Peso relativo español 0,7187  
 Mortalidad (Porcentaje) 6,53

## Distribución por grupos de edad

Edad	Altas	Porcentaje
Menos de 1 año	8	0,02
01-14 años	29	0,07
15-44 años	1.020	2,60
45-64 años	7.552	19,22
65-74 años	8.392	21,36
Más de 74 años	22.291	56,73
<b>Total</b>	<b>Altas</b>	<b>100,00</b>

## Distribución por sexo

Sexo	Altas	Porcentaje
Mujer	18.347	46,69
Varon	20.945	53,31
<b>Total</b>	<b>39.292</b>	<b>100,00</b>

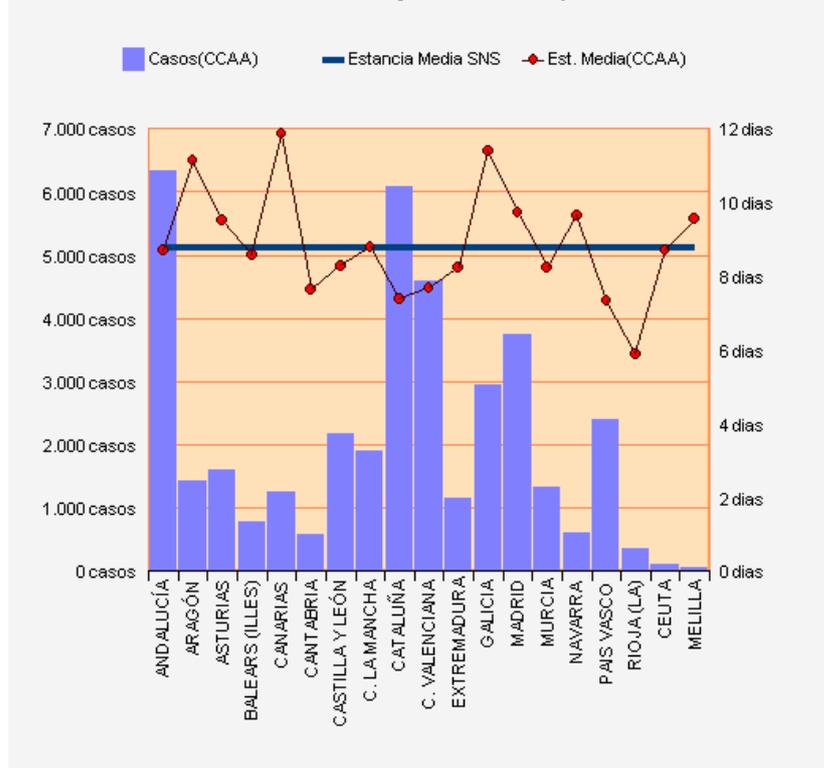
## Distribución según tipo de alta

Tipo de Alta	Altas	Porcentaje
Domicilio	32.477	82,66
Alta voluntaria	117	0,30
Traslado a centro sociosanitario	1.456	3,71
Traslado a otro Hospital	2.498	6,36
Exitus	2.565	6,53
Otros	179	0,46
<b>Total</b>	<b>39.292</b>	<b>100,00</b>

## Distribución por grupo hospital (cluster)

Grupo Cluster	Altas	Porcentaje	Est. Media
Grupo 1	3.582	9,12	7,64
Grupo 2	10.241	26,06	7,93
Grupo 3	12.184	31,01	8,50
Grupo 4	6.142	15,63	9,05
Grupo 5	5.684	14,47	10,68
Otros /No clasif.	1.459	3,71	10,44
<b>Total</b>	<b>39.292</b>	<b>100,00</b>	<b>8,75</b>

## Distribución de altas y estancia media por CCAA



## Distribución según tipo de ingreso

Tipo de Ingreso	Altas	Porcentaje
Programado	1.222	3,11
Urgente	38.065	96,88
Otros	5	0,01
<b>Total</b>	<b>39.292</b>	<b>100,00</b>

## Distribución según financiador

Regimen de Financiación	Altas	Porcentaje
Accidentes de trabajo	14	0,04
Accidentes de tráfico	15	0,04
Privado	501	1,28
Resto	1.305	3,32
Asistencia Sanitaria Pública	37.457	95,33
<b>Total</b>	<b>39.292</b>	<b>100,00</b>

## Distribución según tamaño del hospital (ncamas)

Grupo de Hospital	Altas	Porcentaje	Est. Media
Menos de 200 Camas	6.982	17,77	8,48
200-500 Camas	13.958	35,52	7,92
501-1000 Camas	10.934	27,83	8,94
Más de 1000 Camas	7.418	18,88	10,27
<b>Total</b>	<b>39.292</b>	<b>100,00</b>	<b>8,75</b>

**Diagnóstico Principal: Cinco primeras causas**

Cod.	Descripción	Altas	Porcentaje
434.91	OCLUSION DE ARTERIA CEREBRAL NO ESPECIFICADA CON INFARTO CEREBRAL	24.358	61,99
434.11	EMBOLIA CEREBRAL CON INFARTO CEREBRAL	7.057	17,96
434.01	TROMBOSIS CEREBRAL CON INFARTO CEREBRAL	5.513	14,03
433.11	OCLUSION Y ESTENOSIS ARTERIA CAROTIDA CON INFARTO CEREBRAL	1.402	3,57
433.31	OCLUSION Y ESTENOSIS MULTIPLE Y BILATERAL CON INFARTO CEREBRAL	414	1,05

**Diagnósticos Secundarios: Cinco más frecuentes**

Cod.	Descripción	Altas	Porcentaje
401.9	HIPERTENSION ESENCIAL NO ESPECIFICADA	23.454	59,69
250.00	DIABETES MELLITUS SIN MENCION COMPLICACIONES TIPO II O NO ESPECIFICADAS NO DESCOM	10.402	26,47
272.4	OTROS HIPERLIPIDEMIA Y LIPIDEMIA NO ESPECIFICADAS	10.242	26,07
427.31	FIBRILACION AURICULAR	9.689	24,66
784.5	OTRAS ALTERACIONES DEL HABLA	6.505	16,56

**DISTRIBUCIÓN POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS**

Comunidad Autónoma Hospital	Nº Altas	Estancias	Casos /100.000 h.	Est. Media	Est. Media Depurada	% C. Extremo
ANDALUCÍA	6.311	54.893	76,31	8,70	7,59	3,80
ARAGÓN	1.424	15.838	108,25	11,12	8,26	9,76
ASTURIAS (PRINCIPADO DE)	1.585	15.071	150,30	9,51	7,89	4,98
BALEARS (ILLES)	768	6.605	70,30	8,60	7,66	4,04
CANARIAS	1.249	14.807	59,28	11,86	9,22	7,61
CANTABRIA	580	4.444	100,30	7,66	6,57	3,97
CASTILLA Y LEÓN	2.178	18.048	87,69	8,29	7,51	3,21
CASTILLA - LA MANCHA	1.900	16.704	92,89	8,79	7,65	4,11
CATALUÑA	6.081	44.985	83,27	7,40	6,61	2,86
COMUNIDAD VALENCIANA	4.587	35.311	91,72	7,70	6,78	3,55
EXTREMADURA	1.137	9.366	104,97	8,24	7,61	2,46
GALICIA	2.935	33.516	107,43	11,42	8,57	7,56
MADRID (COMUNIDAD DE)	3.747	36.477	58,81	9,73	7,43	8,03
MURCIA (REGION DE)	1.320	10.884	89,71	8,25	7,41	3,48
NAVARRA (COMUNIDAD FORAL DE)	609	5.878	97,79	9,65	8,34	3,94
PAIS VASCO	2.382	17.475	111,94	7,34	6,69	2,64
RIOJA (LA)	359	2.123	114,80	5,91	5,78	0,56
CEUTA	89	777	116,12	8,73	7,31	4,49
MELILLA	51	487	67,95	9,55	8,22	3,92
<b>SNS</b>	<b>39.292</b>	<b>343.689</b>	<b>85,19</b>	<b>8,75</b>	<b>7,40</b>	<b>4,54</b>

GRD AP v.23 209

**SUSTITUCION ARTICULACION MAYOR EXCEPTO CADERA & REIMPLANTE MIEMBRO INFERIOR, EXCEPTO POR CC**

CDM 8

Enfermedades y trastornos del sistema musculoesquelético y tejido conectivo

Tipo GRD Quirúrgico

Año 2011

**Datos generales**

<b>Tipo de GRD</b>	Quirúrgico
<b>Número de altas</b>	35.745
<b>Número de altas depuradas</b>	34.190
<b>Estancia media</b>	7,29
<b>Estancia media depurada</b>	6,80
<b>Coste medio</b>	9.140,51
<b>Peso relativo español</b>	1,8144
<b>Mortalidad (Porcentaje)</b>	0,03

**Distribución por grupos de edad**

Edad	Altas	Porcentaje
01-14 años	8	0,02
15-44 años	196	0,55
45-64 años	6.809	19,05
65-74 años	15.577	43,58
Más de 74 años	13.155	36,80
<b>Total</b>	<b>Altas</b>	<b>100,00</b>

**Distribución por sexo**

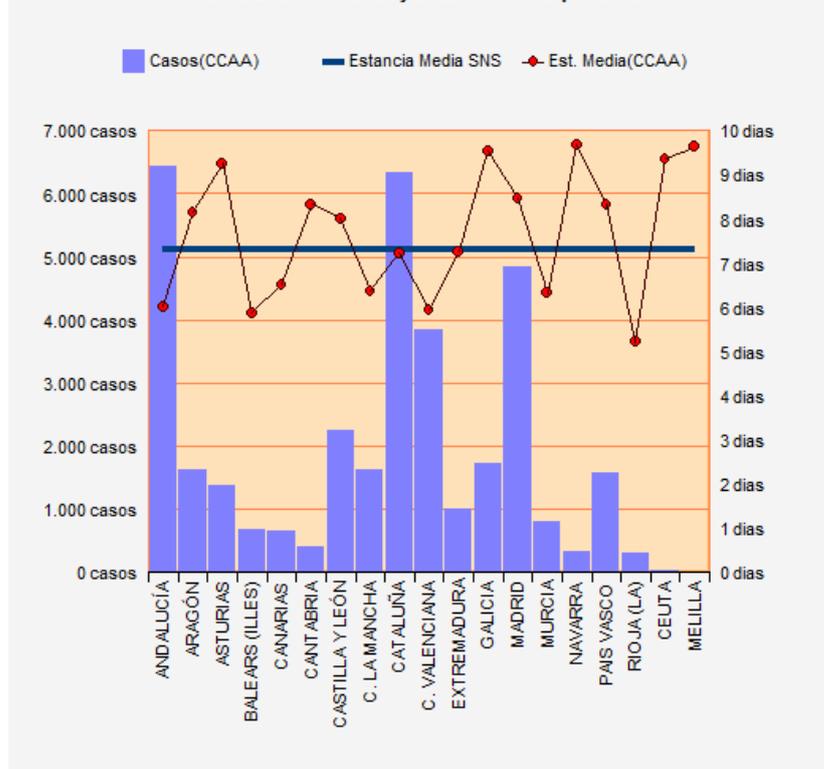
Sexo	Altas	Porcentaje
Mujer	25.186	70,46
Varon	10.557	29,53
Otros	2	0,01
<b>Total</b>	<b>35.745</b>	<b>100,00</b>

**Distribución según tipo de alta**

Tipo de Alta	Altas	Porcentaje
Domicilio	34.602	96,80
Alta voluntaria	14	0,04
Traslado a centro sociosanitario	648	1,81
Traslado a otro Hospital	442	1,24
Exitus	9	0,03
Otros	30	0,08
<b>Total</b>	<b>35.745</b>	<b>100,00</b>

**Distribución por grupo hospital (cluster)**

Grupo Cluster	Altas	Porcentaje	Est. Media
Grupo 1	3.167	8,86	6,21
Grupo 2	11.033	30,87	7,04
Grupo 3	8.746	24,47	7,39
Grupo 4	5.316	14,87	7,83
Grupo 5	5.270	14,74	7,61
Otros /No clasif.	2.213	6,19	7,61
<b>Total</b>	<b>35.745</b>	<b>100,00</b>	<b>7,29</b>

**Distribución de altas y estancia media por CCAA****Distribución según tipo de ingreso**

Tipo de Ingreso	Altas	Porcentaje
Programado	35.496	99,30
Urgente	247	0,69
Otros	2	0,01
<b>Total</b>	<b>35.745</b>	<b>100,00</b>

**Distribución según financiador**

Regimen de Financiación	Altas	Porcentaje
Accidentes de trabajo	36	0,10
Accidentes de tráfico	14	0,04
Privado	454	1,27
Resto	660	1,85
Asistencia Sanitaria Pública	34.581	96,74
<b>Total</b>	<b>35.745</b>	<b>100,00</b>

**Distribución según tamaño del hospital (ncamas)**

Grupo de Hospital	Altas	Porcentaje	Est. Media
Menos de 200 Camas	8.546	23,91	7,03
200-500 Camas	12.677	35,47	7,06
501-1000 Camas	8.040	22,49	7,22
Más de 1000 Camas	6.482	18,13	8,17
<b>Total</b>	<b>35.745</b>	<b>100,00</b>	<b>7,29</b>

**Diagnóstico Principal: Cinco primeras causas**

Cod.	Descripción	Altas	Porcentaje
715.36	OSTEOARTROSIS LOCALIZADA SIN ESPECIFICAR-PIERNA	26.618	74,47
715.96	OSTEOARTROSIS SIN ESPECIFICACION GENERAL O LOCAL-PIERNA	4.371	12,23
715.16	OSTEOARTROSIS LOCALIZADA PRIMARIA-PIERNA	2.066	5,78
715.26	OSTEOARTROSIS LOCALIZADA SECUNDARIA-PIERNA	1.283	3,59
736.42	GENU VARUM (ADQUIRIDA)	451	1,26

**Procedimientos más frecuentes**

Cod	Desc. Procedimiento	Altas	Porcentaje
81.54	SUSTITUCION TOTAL DE RODILLA	35.667	99,78
57.94	INSERCIÓN DE CATETER URINARIO PERMANENTE	967	2,71
38.93	OTRO CATETERISMO VENOSO N.C.O.C.	777	2,17
03.90	INSERCIÓN DE CATETER CONDUCTO ESPINAL PARA INFUNDIR SUSTANCIA TERAPEUTICA Y PALIATIVA	434	1,21
39.96	PERFUSION DE CUERPO ENTERO	375	1,05

**DISTRIBUCIÓN POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS**

Comunidad Autónoma Hospital	Nº Altas	Estancias	Casos /100.000 h.	Est. Media	Est. Media Depurada	% C. Extremo
ANDALUCÍA	6.422	38.720	77,65	6,03	5,83	1,51
ARAGÓN	1.615	13.182	122,76	8,16	7,80	4,15
ASTURIAS (PRINCIPADO DE)	1.368	12.661	129,72	9,26	8,59	8,33
BALEARS (ILLES)	684	4.017	62,61	5,87	5,71	1,61
CANARIAS	650	4.229	30,85	6,51	5,92	4,92
CANTABRIA	407	3.391	70,38	8,33	7,99	3,93
CASTILLA Y LEÓN	2.243	17.957	90,30	8,01	7,58	4,77
CASTILLA - LA MANCHA	1.620	10.308	79,20	6,36	6,13	1,79
CATALUÑA	6.322	45.652	86,57	7,22	6,88	3,15
COMUNIDAD VALENCIANA	3.845	22.859	76,88	5,95	5,81	0,91
EXTREMADURA	1.004	7.305	92,70	7,28	7,12	1,89
GALICIA	1.716	16.357	62,81	9,53	8,27	12,94
MADRID (COMUNIDAD DE)	4.834	40.902	75,87	8,46	7,32	9,06
MURCIA (REGION DE)	798	5.049	54,23	6,33	6,07	1,88
NAVARRA (COMUNIDAD FORAL DE)	312	3.019	50,10	9,68	9,34	5,13
PAIS VASCO	1.581	13.161	74,30	8,32	7,57	8,54
RIOJA (LA)	294	1.534	94,02	5,22	5,18	0,34
CEUTA	22	206	28,70	9,36	9,10	4,55
MELILLA	8	77	10,66	9,63	9,00	12,50
<b>SNS</b>	<b>35.745</b>	<b>260.586</b>	<b>77,50</b>	<b>7,29</b>	<b>6,80</b>	<b>4,35</b>

GRD AP v.23 210

PROC. DE CADERA &amp; FEMUR EXCEPTO ARTICULACION MAYOR EDAD&gt;17 CON CC

CDM 8

Enfermedades y trastornos del sistema musculoesquelético y tejido conectivo

Tipo GRD Quirúrgico

Año 2011

## Datos generales

Tipo de GRD	Quirúrgico
Número de altas	11.262
Número de altas depuradas	10.656
Estancia media	12,87
Estancia media depurada	11,08
Coste medio	9.344,88
Peso relativo español	1,8550
Mortalidad (Porcentaje)	2,74

## Distribución por grupos de edad

Edad	Altas	Porcentaje
15-44 años	341	3,03
45-64 años	822	7,30
65-74 años	1.080	9,59
Más de 74 años	9.019	80,08
<b>Total</b>	<b>Altas</b>	<b>100,00</b>

## Distribución por sexo

Sexo	Altas	Porcentaje
Mujer	7.961	70,69
Varon	3.299	29,29
Otros	2	0,02
<b>Total</b>	<b>11.262</b>	<b>100,00</b>

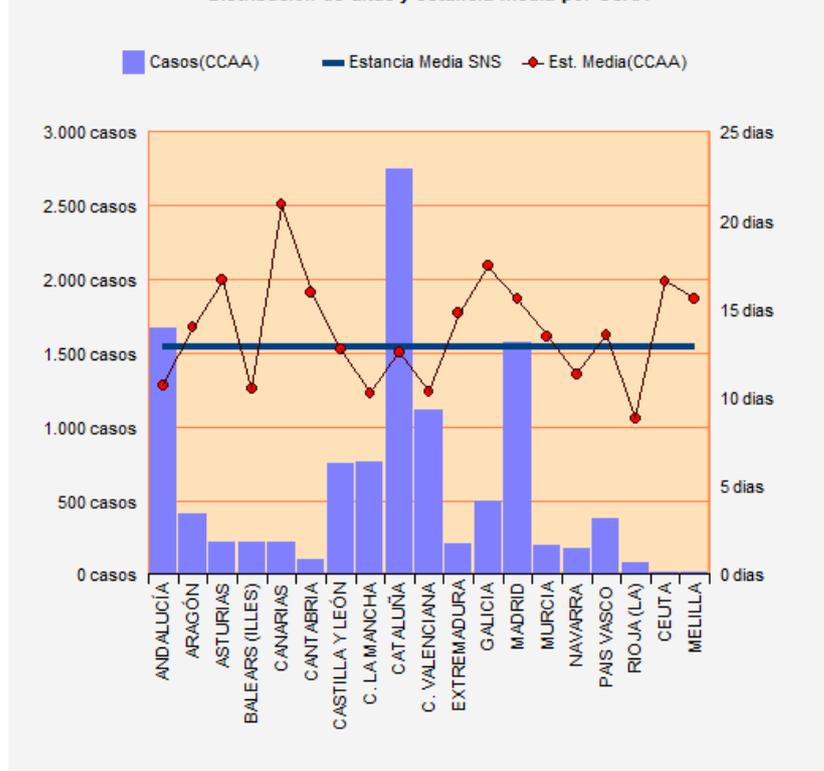
## Distribución según tipo de alta

Tipo de Alta	Altas	Porcentaje
Domicilio	9.232	81,97
Alta voluntaria	7	0,06
Traslado a centro sociosanitario	1.158	10,28
Traslado a otro Hospital	512	4,55
Exitus	309	2,74
Otros	44	0,39
<b>Total</b>	<b>11.262</b>	<b>100,00</b>

## Distribución por grupo hospital (cluster)

Grupo Cluster	Altas	Porcentaje	Est. Media
Grupo 1	894	7,94	10,45
Grupo 2	3.296	29,27	11,41
Grupo 3	3.126	27,76	12,77
Grupo 4	2.012	17,87	14,93
Grupo 5	1.506	13,37	15,07
Otros /No clasif.	428	3,80	12,57
<b>Total</b>	<b>11.262</b>	<b>100,00</b>	<b>12,87</b>

## Distribución de altas y estancia media por CCAA



## Distribución según tipo de ingreso

Tipo de Ingreso	Altas	Porcentaje
Programado	540	4,79
Urgente	10.722	95,21
<b>Total</b>	<b>11.262</b>	<b>100,00</b>

## Distribución según financiador

Regimen de Financiación	Altas	Porcentaje
Accidentes de trabajo	36	0,32
Accidentes de tráfico	177	1,57
Privado	152	1,35
Resto	268	2,38
Asistencia Sanitaria Pública	10.629	94,38
<b>Total</b>	<b>11.262</b>	<b>100,00</b>

## Distribución según tamaño del hospital (ncamas)

Grupo de Hospital	Altas	Porcentaje	Est. Media
Menos de 200 Camas	1.849	16,42	11,52
200-500 Camas	4.364	38,75	11,29
501-1000 Camas	3.197	28,39	13,73
Más de 1000 Camas	1.852	16,44	16,46
<b>Total</b>	<b>11.262</b>	<b>100,00</b>	<b>12,87</b>

**Diagnóstico Principal: Cinco primeras causas**

Cod.	Descripción	Altas	Porcentaje
820.20	FRACTURA DE SECCION TROCANTEREA N.E.O.M. DE CUELLO FEMUR-CERRADA	5.750	51,06
820.22	FRACTURA DE SECCION SUBTROCANTEREA DEL CUELLO FEMUR-CERRADA	1.237	10,98
820.21	FRACTURA DE SECCION INTERTROCANTEREA DE CUELLO FEMUR-CERRADA	870	7,73
820.03	FRACTURA DE BASE DEL CUELLO DE FEMUR-CERRADA	429	3,81
820.09	OTRAS FRACTURAS INTRACAPSULARES DEL CUELLO DE FEMUR-CERRADA	401	3,56

**Procedimientos más frecuentes**

Cod	Desc. Procedimiento	Altas	Porcentaje
79.15	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA CON FIJACION INTERNA EN FEMUR	7.381	65,54
79.35	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACION INTERNA-FEMUR	3.185	28,28
78.55	FIJACION INTERNA DE FEMUR SIN REDUCCION DE FRACTURA	388	3,45
57.94	INSERCION DE CATETER URINARIO PERMANENTE	362	3,21
78.65	EXTRACCION DE DISPOSITIVOS IMPLANTADOS EN HUESO DE FEMUR	348	3,09

**DISTRIBUCIÓN POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS**

Comunidad Autónoma Hospital	Nº Altas	Estancias	Casos /100.000 h.	Est. Media	Est. Media Depurada	% C. Extremo
ANDALUCÍA	1.663	17.776	20,11	10,69	9,55	3,19
ARAGÓN	406	5.665	30,86	13,95	12,75	4,93
ASTURIAS (PRINCIPADO DE)	218	3.622	20,67	16,61	14,42	9,63
BALEARS (ILLES)	217	2.273	19,86	10,47	9,73	2,76
CANARIAS	212	4.424	10,06	20,87	11,54	11,32
CANTABRIA	97	1.544	16,77	15,92	10,68	19,59
CASTILLA Y LEÓN	744	9.496	29,95	12,76	12,00	3,23
CASTILLA - LA MANCHA	755	7.744	36,91	10,26	9,08	3,97
CATALUÑA	2.747	34.520	37,61	12,57	11,13	4,40
COMUNIDAD VALENCIANA	1.113	11.476	22,25	10,31	9,40	3,14
EXTREMADURA	200	2.949	18,47	14,75	12,26	8,00
GALICIA	495	8.618	18,12	17,41	13,10	10,30
MADRID (COMUNIDAD DE)	1.573	24.439	24,69	15,54	12,69	9,98
MURCIA (REGION DE)	189	2.547	12,84	13,48	11,98	6,35
NAVARRA (COMUNIDAD FORAL DE)	167	1.887	26,81	11,30	11,30	-
PAIS VASCO	378	5.114	17,76	13,53	12,19	4,23
RIOJA (LA)	74	654	23,66	8,84	8,84	-
CEUTA	7	116	9,13	16,57	16,57	-
MELILLA	7	109	9,33	15,57	11,17	14,29
<b>SNS</b>	<b>11.262</b>	<b>144.973</b>	<b>24,42</b>	<b>12,87</b>	<b>11,08</b>	<b>5,38</b>

GRD AP v.23 211

PROC. DE CADERA &amp; FEMUR EXCEPTO ARTICULACION MAYOR EDAD&gt;17 SIN CC

CDM 8

Enfermedades y trastornos del sistema musculoesquelético y tejido conectivo

Tipo GRD Quirúrgico

Año 2011

## Datos generales

Tipo de GRD	Quirúrgico
Número de altas	20.864
Número de altas depuradas	19.961
Estancia media	10,00
Estancia media depurada	8,99
Coste medio	7.254,97
Peso relativo español	1,4401
Mortalidad (Porcentaje)	0,9

## Distribución por grupos de edad

Edad	Altas	Porcentaje
15-44 años	1.658	7,95
45-64 años	2.350	11,26
65-74 años	2.274	10,90
Más de 74 años	14.582	69,89
<b>Total</b>	<b>Altas</b>	<b>100,00</b>

## Distribución por sexo

Sexo	Altas	Porcentaje
Mujer	15.166	72,69
Varon	5.697	27,31
Otros	1	0,00
<b>Total</b>	<b>20.864</b>	<b>100,00</b>

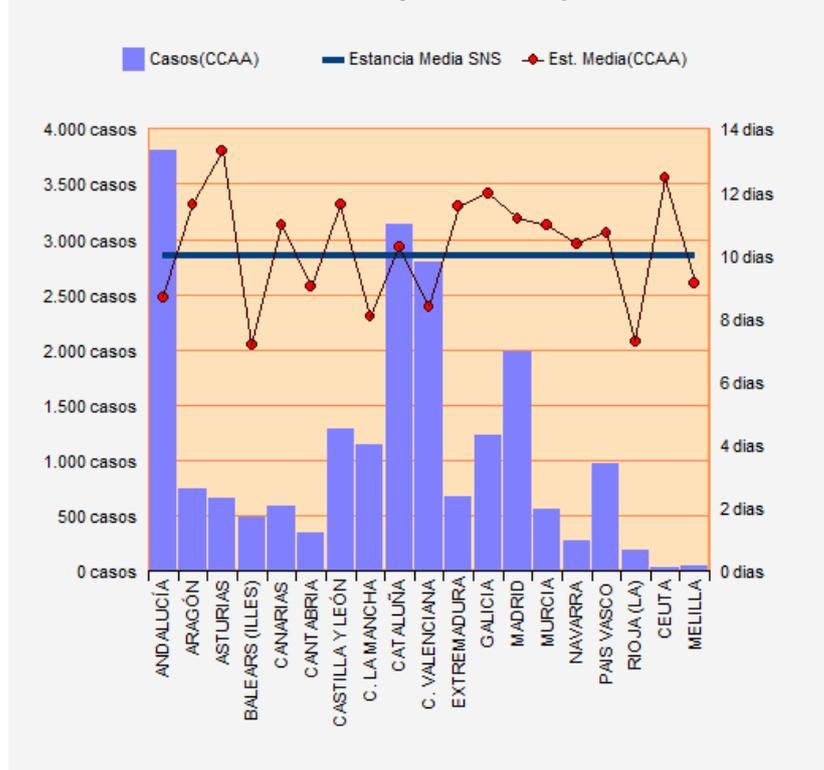
## Distribución según tipo de alta

Tipo de Alta	Altas	Porcentaje
Domicilio	18.628	89,28
Alta voluntaria	23	0,11
Traslado a centro sociosanitario	1.127	5,40
Traslado a otro Hospital	840	4,03
Exitus	188	0,90
Otros	58	0,28
<b>Total</b>	<b>20.864</b>	<b>100,00</b>

## Distribución por grupo hospital (cluster)

Grupo Cluster	Altas	Porcentaje	Est. Media
Grupo 1	1.966	9,42	7,99
Grupo 2	5.565	26,67	9,36
Grupo 3	5.874	28,15	10,06
Grupo 4	3.444	16,51	11,11
Grupo 5	3.183	15,26	10,95
Otros /No clasif.	832	3,99	10,33
<b>Total</b>	<b>20.864</b>	<b>100,00</b>	<b>10,00</b>

## Distribución de altas y estancia media por CCAA



## Distribución según tipo de ingreso

Tipo de Ingreso	Altas	Porcentaje
Programado	1.826	8,75
Urgente	19.033	91,22
Otros	5	0,02
<b>Total</b>	<b>20.864</b>	<b>100,00</b>

## Distribución según financiador

Regimen de Financiación	Altas	Porcentaje
Accidentes de trabajo	214	1,03
Accidentes de tráfico	431	2,07
Privado	367	1,76
Resto	865	4,15
Asistencia Sanitaria Pública	18.987	91,00
<b>Total</b>	<b>20.864</b>	<b>100,00</b>

## Distribución según tamaño del hospital (ncamas)

Grupo de Hospital	Altas	Porcentaje	Est. Media
Menos de 200 Camas	4.164	19,96	8,83
200-500 Camas	6.996	33,53	9,47
501-1000 Camas	5.821	27,90	10,34
Más de 1000 Camas	3.883	18,61	11,69
<b>Total</b>	<b>20.864</b>	<b>100,00</b>	<b>10,00</b>

**Diagnóstico Principal: Cinco primeras causas**

Cod.	Descripción	Altas	Porcentaje
820.20	FRACTURA DE SECCION TROCANTEREA N.E.O.M. DE CUELLO FEMUR-CERRADA	10.053	48,18
820.22	FRACTURA DE SECCION SUBTROCANTEREA DEL CUELLO FEMUR-CERRADA	2.092	10,03
820.09	OTRAS FRACTURAS INTRACAPSULARES DEL CUELLO DE FEMUR-CERRADA	1.281	6,14
820.21	FRACTURA DE SECCION INTERTROCANTEREA DE CUELLO FEMUR-CERRADA	1.052	5,04
821.01	FRACTURA DE DIAFISIS DEL FEMUR-CERRADA	869	4,17

**Procedimientos más frecuentes**

Cod	Desc. Procedimiento	Altas	Porcentaje
79.15	REDUCCION CERRADA DE FRACTURA CON FIJACION INTERNA EN FEMUR	13.093	62,75
79.35	REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACION INTERNA-FEMUR	5.561	26,65
78.55	FIJACION INTERNA DE FEMUR SIN REDUCCION DE FRACTURA	766	3,67
38.93	OTRO CATETERISMO VENOSO N.C.O.C.	483	2,31
78.65	EXTRACCION DE DISPOSITIVOS IMPLANTADOS EN HUESO DE FEMUR	464	2,22

**DISTRIBUCIÓN POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS**

Comunidad Autónoma Hospital	Nº Altas	Estancias	Casos /100.000 h.	Est. Media	Est. Media Depurada	% C. Extremo
ANDALUCÍA	3.801	32.939	45,96	8,67	7,99	2,63
ARAGÓN	744	8.629	56,56	11,60	10,40	4,44
ASTURIAS (PRINCIPADO DE)	660	8.780	62,59	13,30	12,21	6,82
BALEARS (ILLES)	483	3.459	44,21	7,16	6,66	2,07
CANARIAS	588	6.445	27,91	10,96	8,56	6,97
CANTABRIA	335	3.017	57,93	9,01	8,70	2,09
CASTILLA Y LEÓN	1.281	14.850	51,57	11,59	10,58	4,37
CASTILLA - LA MANCHA	1.134	9.137	55,44	8,06	7,46	2,82
CATALUÑA	3.127	32.137	42,82	10,28	9,27	4,51
COMUNIDAD VALENCIANA	2.789	23.362	55,77	8,38	8,01	1,72
EXTREMADURA	666	7.680	61,49	11,53	10,79	4,05
GALICIA	1.230	14.733	45,02	11,98	10,51	7,32
MADRID (COMUNIDAD DE)	1.974	22.042	30,98	11,17	8,91	9,83
MURCIA (REGION DE)	555	6.073	37,72	10,94	9,70	4,86
NAVARRA (COMUNIDAD FORAL DE)	265	2.752	42,55	10,38	10,15	1,51
PAIS VASCO	968	10.362	45,49	10,70	9,71	4,65
RIOJA (LA)	186	1.355	59,48	7,28	7,19	0,54
CEUTA	34	423	44,36	12,44	11,63	5,88
MELILLA	44	402	58,62	9,14	9,14	-
<b>SNS</b>	<b>20.864</b>	<b>208.577</b>	<b>45,23</b>	<b>10,00</b>	<b>8,99</b>	<b>4,33</b>

GRD AP v.23 236

**FRACTURAS DE CADERA & PELVIS**

CDM 8

Enfermedades y trastornos del sistema musculoesquelético y tejido conectivo

Tipo GRD Médico

Año 2011

**Datos generales**

<b>Tipo de GRD</b>	Médico
<b>Número de altas</b>	5.602
<b>Número de altas depuradas</b>	5.247
<b>Estancia media</b>	7,52
<b>Estancia media depurada</b>	5,71
<b>Coste medio</b>	4.137,20
<b>Peso relativo español</b>	0,8212
<b>Mortalidad (Porcentaje)</b>	8,44

**Distribución por grupos de edad**

Edad	Altas	Porcentaje
Menos de 1 año	7	0,12
01-14 años	65	1,16
15-44 años	428	7,64
45-64 años	531	9,48
65-74 años	568	10,14
Más de 74 años	4.003	71,46
<b>Total</b>	<b>Altas</b>	<b>100,00</b>

**Distribución por sexo**

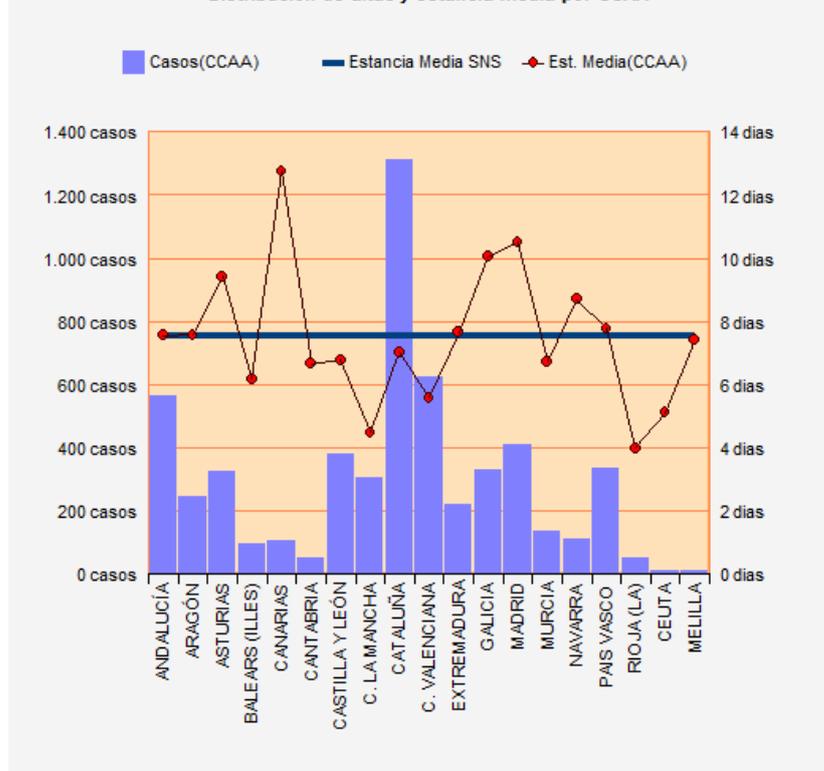
Sexo	Altas	Porcentaje
Mujer	3.693	65,92
Varon	1.909	34,08
<b>Total</b>	<b>5.602</b>	<b>100,00</b>

**Distribución según tipo de alta**

Tipo de Alta	Altas	Porcentaje
Domicilio	3.898	69,58
Alta voluntaria	65	1,16
Traslado a centro sociosanitario	312	5,57
Traslado a otro Hospital	841	15,01
Exitus	473	8,44
Otros	13	0,23
<b>Total</b>	<b>5.602</b>	<b>100,00</b>

**Distribución por grupo hospital (cluster)**

Grupo Cluster	Altas	Porcentaje	Est. Media
Grupo 1	653	11,66	5,69
Grupo 2	1.774	31,67	6,57
Grupo 3	1.511	26,97	7,44
Grupo 4	719	12,83	8,93
Grupo 5	578	10,32	9,40
Otros /No clasif.	367	6,55	9,97
<b>Total</b>	<b>5.602</b>	<b>100,00</b>	<b>7,52</b>

**Distribución de altas y estancia media por CCAA****Distribución según tipo de ingreso**

Tipo de Ingreso	Altas	Porcentaje
Programado	182	3,25
Urgente	5.419	96,73
Otros	1	0,02
<b>Total</b>	<b>5.602</b>	<b>100,00</b>

**Distribución según financiador**

Regimen de Financiación	Altas	Porcentaje
Accidentes de trabajo	142	2,53
Accidentes de tráfico	259	4,62
Privado	205	3,66
Resto	219	3,91
Asistencia Sanitaria Pública	4.777	85,27
<b>Total</b>	<b>5.602</b>	<b>100,00</b>

**Distribución según tamaño del hospital (ncamas)**

Grupo de Hospital	Altas	Porcentaje	Est. Media
Menos de 200 Camas	1.570	28,03	6,62
200-500 Camas	1.794	32,02	7,16
501-1000 Camas	1.461	26,08	7,61
Más de 1000 Camas	777	13,87	9,98
<b>Total</b>	<b>5.602</b>	<b>100,00</b>	<b>7,52</b>

**Diagnóstico Principal: Cinco primeras causas**

Cod.	Descripción	Altas	Porcentaje
820.09	OTRAS FRACTURAS INTRACAPSULARES DEL CUELLO DE FEMUR-CERRADA	1.068	19,06
820.20	FRACTURA DE SECCION TROCANTEREA N.E.O.M. DE CUELLO FEMUR-CERRADA	930	16,60
808.0	FRACTURA DE ACETABULO-CERRADA	612	10,92
808.41	FRACTURA DE ILION-CERRADA	581	10,37
808.49	FRACTURA CERRADA DE PELVIS-OTRO SITIO ESPECIFICADO, NOCC	369	6,59

**Diagnósticos Secundarios: Cinco más frecuentes**

Cod.	Descripción	Altas	Porcentaje
401.9	HIPERTENSION ESENCIAL NO ESPECIFICADA	2.225	39,72
E888.9	CAIDA NO ESPECIFICADA	2.223	39,68
250.00	DIABETES MELLITUS SIN MENCION COMPLICACIONES TIPO II O NO ESPECIFICADAS NO DESCOM	981	17,51
E849.9	ACCIDENTE EN LUGAR NO ESPECIFICADO	763	13,62
E887	FRACTURA CAUSA NO ESPECIFICADO	734	13,10

**DISTRIBUCIÓN POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS**

Comunidad Autónoma	Hospital	Nº Altas	Estancias	Casos /100.000 h.	Est. Media	Est. Media Depurada	% C. Extremo
ANDALUCÍA		565	4.274	6,83	7,56	5,68	6,19
ARAGÓN		246	1.862	18,70	7,57	5,72	7,32
ASTURIAS (PRINCIPADO DE)		324	3.055	30,72	9,43	7,36	8,33
BALEARS (ILLES)		94	583	8,60	6,20	5,52	3,19
CANARIAS		106	1.354	5,03	12,77	6,46	11,32
CANTABRIA		50	333	8,65	6,66	5,60	4,00
CASTILLA Y LEÓN		380	2.573	15,30	6,77	5,72	3,95
CASTILLA - LA MANCHA		304	1.364	14,86	4,49	3,78	2,63
CATALUÑA		1.309	9.206	17,92	7,03	5,41	6,11
COMUNIDAD VALENCIANA		624	3.493	12,48	5,60	4,54	3,37
EXTREMADURA		218	1.669	20,13	7,66	6,73	3,67
GALICIA		327	3.285	11,97	10,05	7,04	11,31
MADRID (COMUNIDAD DE)		408	4.291	6,40	10,52	6,91	13,24
MURCIA (REGION DE)		134	903	9,11	6,74	5,32	5,97
NAVARRA (COMUNIDAD FORAL DE)		108	939	17,34	8,69	6,63	6,48
PAIS VASCO		334	2.603	15,70	7,79	6,25	5,69
RIOJA (LA)		51	204	16,31	4,00	3,54	1,96
CEUTA		8	41	10,44	5,13	5,13	-
MELILLA		12	89	15,99	7,42	7,42	-
<b>SNS</b>		<b>5.602</b>	<b>42.121</b>	<b>12,15</b>	<b>7,52</b>	<b>5,71</b>	<b>6,34</b>