

# ATENCIÓN COMUNITARIA Y ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA: REVISIÓN DE ESTUDIOS DE COSTE-EFECTIVIDAD



Julio de 2011



## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN .....	3
1.1. Objetivos del estudio .....	3
1.2. Las revisiones sistemáticas de la literatura científica y la práctica basada en la evidencia.....	4
1.3. Tipos de evaluaciones económicas .....	5
1.4. Estructura del informe .....	7
2. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO.....	8
2.1. Definición del modelo de atención .....	8
2.2. Estrategias de búsqueda utilizadas.....	10
2.3. Selección de estudios .....	11
2.4. Extracción y sistematización de la información.....	12
2.5. Valoración de la calidad metodológica de los estudios incluidos .....	14
3. RESULTADOS DE LA REVISIÓN DE LOS ESTUDIOS .....	20
3.1. Descripción de los estudios incluidos en la revisión .....	20
3.1.1. Tipo de estudio y calidad metodológica .....	20
3.1.2. Tipo de intervenciones evaluadas .....	24
3.2. Resultados sobre coste-efectividad.....	26
4. ANÁLISIS DE LA RELACIÓN COSTE EFECTIVIDAD POR TIPOS DE INTERVENCIÓN .....	32
4.1. Servicios comunitarios .....	34
4.1.1. Ayudas tecnológicas y adaptaciones en la vivienda.....	34
4.1.2. Programas de autocuidado .....	45
4.1.3. Visitas domiciliarias preventivas.....	59
4.1.4. Fórmulas de alojamiento en la comunidad .....	66
4.1.5. Servicios de ayuda a domicilio .....	84
4.1.6. Programas orientados a la prevención de caídas .....	86
4.1.7. Servicios de atención diurna .....	94
4.1.8. Servicios de respiro .....	100
4.1.9. Servicios comunitarios en general .....	108
4.1.10. Servicios de rehabilitación.....	110
4.1.11. Recapacitación a domicilio.....	115
4.1.12. Servicios de acompañamiento .....	120
4.2. Coordinación socio-sanitaria.....	122
4.2.1. Programas de gestión de casos .....	122
4.2.2. Servicios sociosanitarios integrados .....	133
4.2.3. Otras fórmulas de coordinación sociosanitaria .....	142
4.3. Individualización de la atención .....	158
4.3.1. Asignación económica individual.....	158
4.3.2. Planificación centrada en la persona .....	164
4.3.3. Otras fórmulas de individualización de la atención .....	165
5. CONCLUSIONES.....	173
5.1. Limitaciones del estudio .....	174
5.2. Principales conclusiones .....	178
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	183
ANEXO: FICHAS INDIVIDUALES DE LOS ESTUDIOS INCLUIDOS EN LA REVISIÓN .....	201

## **1. INTRODUCCIÓN**

### **1.1. Objetivos del estudio**

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

Para ello, desde la Fundación Matia se ha solicitado al SIIS Centro de Documentación y Estudios de la Fundación Eguía Careaga la realización de un estudio de revisión de la literatura científica que analiza el impacto económico y la relación coste efectividad de las intervenciones, los programas o las políticas basadas en enfoques coincidentes con los del modelo que la Fundación Matia propone desarrollar. El objetivo final de este análisis es el de conocer la evidencia científica disponible en cuanto a la relación coste-efectividad de intervenciones y políticas de atención que puedan asociarse al paradigma de intervención planteado por la Fundación Matia, de forma que, a la hora de plantear el contenido de ese modelo, puedan

incorporarse al mismo todas aquellas intervenciones, prácticas o enfoques que hayan demostrado ya, mediante estudios de evaluación rigurosos y de contrastada calidad, una relación positiva de coste efectividad.

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

La práctica basada en la evidencia (*evidence based practice* o EBP) es una metodología de trabajo que propone que la intervención social y sociosanitaria, como todas las disciplinas en las que se trabaja con personas, debería basarse en la mejor evidencia científica disponible sobre la efectividad de las posibles intervenciones a aplicar. Se trata de conocer cuál es el “tratamiento indicado” para determinada problemática social y evitar así la mala práctica profesional por negligencia o desconocimiento de las alternativas existentes<sup>1</sup>. Por otra parte, desde el punto de vista de las instituciones y de la ciudadanía interesa también conocer cuál es la manera más eficiente de utilizar los recursos públicos, es decir, no sólo se trata de conocer cuál es la intervención que mejor puede resolver determinada problemática social, sino cuál lo consigue al coste más razonable.

Las revisiones sistemáticas de la literatura científica tienen un lugar destacado en la metodología de la EBP, puesto que son una manera de sintetizar grandes cantidades de información dispersa en numerosas publicaciones y, con ello, de contribuir a responder a la cuestión de qué intervenciones funcionan y cuáles no, o de cuáles lo hacen, además, a un coste menor o igual que otras intervenciones alternativas<sup>2</sup>. Son también una manera de señalar áreas de incertidumbre y de identificar aquellos casos en los que la investigación realizada es insuficiente para justificar la puesta en marcha de intervenciones que se llevan a cabo en la práctica. Lo que diferencia las revisiones sistemáticas de una simple revisión narrativa es que se

---

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

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

realiza un esfuerzo metodológico para limitar el error o el sesgo sistemático (*bias*), tratando de identificar todos los estudios publicados sobre el tema de interés, valorando su calidad metodológica mediante instrumentos validados y sintetizando los resultados de una forma sistemática.

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

### **1.3. Tipos de evaluaciones económicas**

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

Por lo que se refiere a los costes, definir la mejor manera de medirlos no es sencillo (por ejemplo, puede haber diferentes opiniones sobre hasta qué punto es necesario tener en cuenta la atención informal prestada por los cuidadores de una persona dependiente cuando se mide el coste de la ayuda a domicilio), pero existe consenso en que debe hacerse traduciendo a términos económicos todos los recursos (económicos, humanos, materiales, etc.) invertidos en su puesta en marcha.

Más problemático es, sin duda, determinar qué resultados (es decir, qué beneficios de la intervención) se van a considerar y, cómo se van a medir esos resultados. La primera de las cuestiones dependerá del criterio de los investigadores y de sus posibilidades reales de análisis. En este sentido, hay que tener en cuenta que, en las ciencias sociales, los beneficios de la intervención suelen ser más complejos y más difíciles de objetivar que en las ciencias sanitarias o médicas. Así, por ejemplo, mientras que la forma de valorar la efectividad de un tratamiento para la hipertensión puede resultar bastante evidente (se trataría de medir si el tratamiento ha modificado la tensión arterial, mediante instrumentos convencionales como el

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

Por lo que se refiere a la forma de medir los resultados, se establecen al menos tres metodologías de las que dependerá el tipo de evaluación económica realizada<sup>3</sup>:

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

---

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

tudio de coste-beneficio, en el que se compara el beneficio neto de una intervención frente a una alternativa razonable. Aunque se trata de la opción más versátil, puesto que permite comparar todo tipo de intervenciones, sean cuales sean los beneficios que se esperen de ellas, la dificultad que supone valorar los efectos sobre la salud o el bienestar en términos económicos ha limitado en gran medida su utilización en las ciencias sociales y de la salud.

Como se podrá comprobar al comentar los resultados de la revisión realizada, el tipo de evaluación económica más frecuente en las ciencias sociales es el de coste-efectividad.

#### **1.4. Estructura del informe**

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

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

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

## **2. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO**

### **2.1. Definición del modelo de atención**

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

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

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

A partir de esa definición, se estableció un catálogo de tipos de intervención potencialmente constitutivos del modelo de atención que se quiere analizar. Los tipos de intervención, 18 en total son los siguientes:

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

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

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

## **2.2. Estrategias de búsqueda utilizadas**

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

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

Los criterios de búsqueda utilizados han sido los siguientes:

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

- Coste-eficacia o coste-utilidad o coste-efectividad o coste-beneficio.

### **2.3. Selección de estudios**

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

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

- no evalúan servicios o intervenciones o no proporcionan información acerca de la eficiencia (en términos de coste-efectividad, coste-utilidad o coste-beneficio) de las intervenciones o servicios evaluados;
- se refieren a servicios de carácter exclusivamente sanitario<sup>4</sup>;
- se refieren a servicios o intervenciones que, no presentando un carácter innovador, tampoco se han considerado representativos del modelo de atención comunitaria y centrada en la persona que se desea evaluar;
- no respetan los criterios metodológicos establecidos como mínimos para la inclusión en el estudio;

Por el contrario, sí se han incluido intervenciones o servicios que, a pesar de no presentar dicho carácter innovador, se han considerado constitutivos o representativos del modelo de

---

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

atención promulgado (por ejemplo, ayuda a domicilio, fórmulas de alojamiento en la comunidad, servicios de día, etc.).

Por lo que se refiere a la metodología de los estudios incluidos, se ha evitado adoptar un enfoque excesivamente restrictivo a la hora de seleccionar los documentos incluidos en la revisión, de manera que, además de los diseños metodológicos más robustos como los ensayos aleatorios y los estudios controlados no aleatorios, se han incluido también estudios pre-post sin grupo de control, estudios exploratorios y estudios con modelos teóricos. Aunque, frecuentemente, este tipo de diseños no suelen ser tomados en consideración cuando se realizan revisiones sistemáticas por considerar que aportan un tipo de evidencia menos científica que los ensayos con grupos de control, esto suele limitar en exceso el número de estudios incluibles, el tipo de intervenciones analizadas y las conclusiones que se pueden extraer del análisis. En este caso, de cara a detectar la mayor gama de intervenciones coincidentes con el enfoque que se desea implantar desde Matia, y puesto que el hecho de limitarse a estudios que recogieran datos económicos ya restringía considerablemente el número de documentos susceptibles de ser incluidos, se optó por no utilizar criterios metodológicos excesivamente estrictos a la hora de realizar la selección.

Tras aplicar estos criterios se han excluido 142 estudios, reduciéndose la selección final a 84 documentos, que constituyen la muestra finalmente analizada. Hay que tener en cuenta, no obstante, que 28 de los 84 documentos revisados son, en realidad, revisiones de la literatura que y, por lo tanto, son, a su vez, una síntesis de cientos de estudios de investigación. Aunque algunos de los estudios individuales incluidos en esta revisión ya habían sido considerados en alguna de las revisiones incluidas, esto amplía considerablemente el alcance de este trabajo<sup>5</sup>.

#### **2.4. Extracción y sistematización de la información**

Los 84 artículos e informes seleccionados han sido revisados por dos evaluadores de forma independiente. De cada artículo o informe se ha extraído la siguiente información: tipo de intervención evaluada, colectivo destinatario de la misma, objetivos de la intervención, intervención con la que se compara, descripción de la metodología utilizada en el estudio, princi-

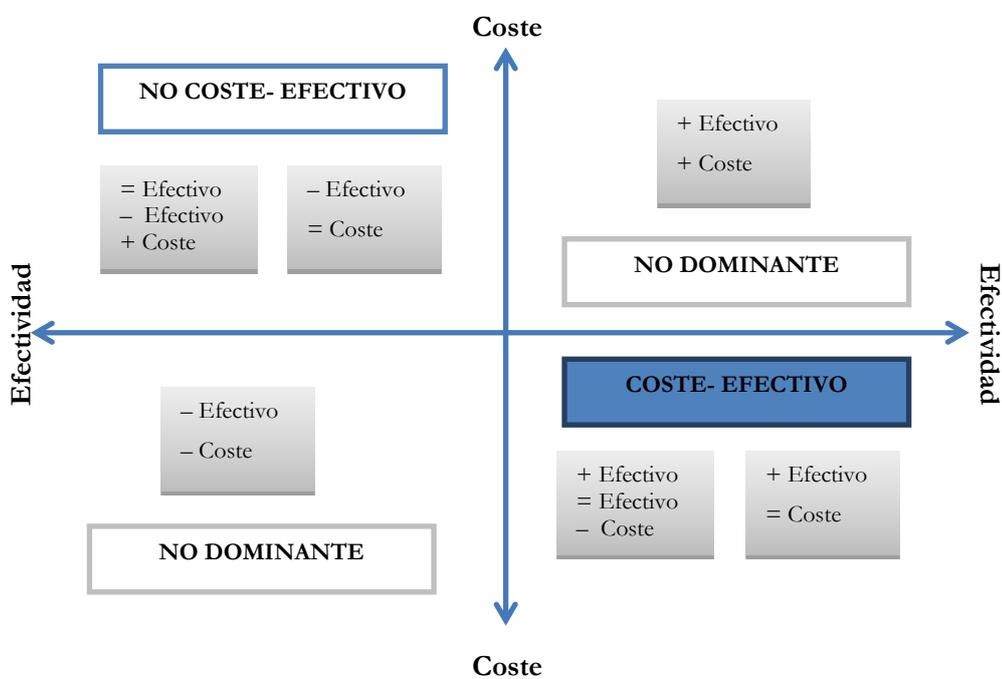
---

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

pales resultados, conclusiones y limitaciones del estudio, entre otras (en el anexo de este informe se recoge, en forma de ficha, la información extraída de cada estudio incluido en la revisión)<sup>6</sup>.

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

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



Como se explica en el gráfico, se han considerado coste efectivas las intervenciones que demuestran ser igual de efectivas o más efectivas que las intervenciones con las que se comparan, y, además, tienen un coste menor, así como aquellas que son más efectivas a igual coste (cuadrante inferior derecho del esquema). Se ha considerado que no son coste-efectivas aquellas intervenciones que resultan menos efectivas o igual de efectivas que las intervencio-

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

nes de comparación, pero a un mayor coste, así como aquellas que son igual de efectivas al mismo coste (cuadrante superior izquierdo del esquema). Por último, se considera que no muestran una relación dominante las intervenciones que resultan más efectivas pero más costosas (cuadrante superior derecho) o menos efectivas y menos costosas (cuadrante inferior izquierdo). En estos casos, se trataría de decidir si se desea optar por una mayor efectividad, o por un ahorro económico.

En el caso de los estudios de coste-utilidad, el beneficio de la intervención se calcula partiendo de una medida convencional, como es la disposición social a pagar por un año de vida libre de enfermedad. Se trata de un valor monetario que se le asigna, por convención, a cada año adicional de vida saludable que se consigue gracias a la intervención. Existen diferentes metodologías para establecer dicho valor, aunque en la literatura sanitaria frecuentemente se manejan valores que rondan los 30.000 euros por cada año de vida ajustado por calidad (AVAC)<sup>7</sup>. En estos casos, se ha considerado que la intervención es eficiente cuando el coste de cada AVAC ganado gracias a la intervención es inferior a ese valor convencional.

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

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

## **2.5. Valoración de la calidad metodológica de los estudios incluidos**

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

---

<sup>7</sup> Pinto, J.L y J. E. Martínez. “Estimación del valor monetario de los años de vida ajustados por calidad: estimaciones preliminares”. *Ekonomiax*, nº 60, vol. I, 2005.

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

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

**Validez interna del estudio**

1. ¿Hay un grupo de control?
2. El grupo de control, ¿es concurrente?
3. La asignación de los participantes al grupo de intervención, ¿fue realizada por los investigadores?
4. ¿El estudio se describe como un ensayo clínico aleatorio (RCT)?
5. ¿La asignación al grupo de intervención fue secreta?
  
6. ¿El método utilizado para asignar los participantes a los grupos fue verdaderamente aleatoria?
7. La medición de los resultados se hizo sin saber si se trataba de individuos del grupo de control o del de intervención
8. Se ha realizado un esfuerzo sistemático para identificar y medir los posibles factores de confusión
9. ¿Los posibles factores de confusión se controlaron adecuadamente en análisis?
10. La intervención (y el control) ¿se llevaron a cabo según lo previsto?
11. ¿Se investigó la posible contaminación de los resultados?
12. La contaminación, ¿se tuvo en cuenta en el análisis?
13. El tamaño de la muestra ¿era adecuado para analizar las principales variables de resultados?
14. Los criterios de inclusión en el estudio, ¿estaban adecuadamente descritos?
15. ¿Se describen las características de los participantes?
16. ¿Se da cuenta de todos los participantes que comenzaron en el estudio al final del mismo?
17. ¿Se pudieron valorar los resultados de al menos el 80% de los participantes que comenzaron en el estudio?
18. ¿El análisis incluyó a todos los participantes que comenzaron en el estudio y que proveyeron datos iniciales?
19. Los métodos de análisis, ¿fueron apropiados?
20. Los principales resultados, ¿fueron medidos utilizando instrumentos adecuados y validados?
21. Los datos, ¿se recogieron al mismo tiempo para los dos grupos?
22. El periodo de seguimiento, ¿fue apropiado (suficientemente prolongado)?

**Validez externa del estudio**

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

Fuente: Traducido de Centre for Reviews and Dissemination. *Systematic Review of the Clinical Effectiveness of Self-Care Support Networks in Health and Social Care*. Informe nº 35, 2006.

La validez interna –es decir, la certeza con que se puede afirmar que los efectos observados se deben a la intervención evaluada– se valora en una escala de cuatro categorías: excelente, buena, satisfactoria y pobre. La validez externa –es decir, la medida en que los resultados del

estudio pueden ser generalizados a toda la población objeto de estudio– se mide en tres niveles: buena, limitada y pobre.

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

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

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

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

Siguiendo las pautas establecidas por el Consejo Sueco sobre Evaluaciones Tecnológicas, se ha considerado que la calidad de la evaluación económica revisada es buena cuando se obtienen respuestas afirmativas a más del 80% de los 35 ítems del cuestionario de Drummond. Se

ha considerado que la calidad es limitada cuando se obtienen entre un 50% y un 80% de respuestas afirmativas en el cuestionario, y se ha considerado de una calidad pobre, cuando la proporción de respuestas afirmativas es inferior al 50%<sup>8</sup>.

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

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

- Las revisiones de la literatura científica: son estudios en los que se realiza una búsqueda de todos los documentos publicados sobre el tema de interés y se analizan todos los estudios relevantes para el tema. El trabajo de los investigadores consiste en extraer, sistematizar y sintetizar toda la información de interés disponible sobre un tema.
- Los ensayos aleatorios o estudios controlados aleatorios: son investigaciones en las que se miden los efectos de un tratamiento o intervención utilizando dos grupos de personas, un grupo llamado “grupo de tratamiento” o grupo experimental al que se le ofrece el tratamiento o intervención evaluada y un “grupo de control” que no recibe tratamiento. La asignación de los participantes a los grupos se realiza de forma aleatoria para asegurar que no existen diferencias, debidas a la selección de los grupos, que puedan afectar los resultados. Esta aleatoriedad permite asegurar que los

---

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

efectos observados se deben al tratamiento, y no a diferencias intrínsecas entre los grupos.

- Los estudios controlados no aleatorios: son investigaciones similares a los ensayos aleatorios, pero, en este caso, la asignación de los participantes a los grupos de tratamiento y control no se realiza de forma aleatoria. Este diseño se utiliza cuando no resulta posible crear grupos *ad hoc* para la investigación, sino que se deben utilizar grupos pre-existentes (por ejemplo grupos de usuarios que ya están recibiendo el programa que se desea evaluar). Para minimizar el riesgo de que los efectos de la investigación se puedan deber a diferencias pre-existentes entre los grupos, se pueden utilizar técnicas como el emparejamiento, que consiste en emparejar a cada persona del grupo de tratamiento con una persona del grupo de control que tenga características similares en variables que puedan afectar los resultados de la investigación. En cualquier caso, los investigadores suelen “controlar”, ya sea con carácter previo a la selección de los individuos participantes o *a posteriori*, que los grupos de tratamiento y control son similares en distintas variables de interés para la investigación.
- Los estudios pre-post sin grupo de control: son investigaciones en las que el efecto de la intervención o tratamiento evaluado se mide comparando los resultados que obtiene un único grupo antes y después de su aplicación. En este tipo de diseños no es posible descartar la posibilidad de que el efecto observado, en lugar de deberse a la intervención, se deba simplemente al paso del tiempo, es decir, se trate de una evolución natural.
- Los estudios exploratorios: son estudios descriptivos en los que no se pretende evaluar el efecto de un tratamiento o determinar hasta qué punto los cambios observados en los sujetos de estudio se deben al tratamiento aplicado o a la intervención realizada, sino que tan sólo se describe la situación observada.
- Los estudios de casos: son investigaciones en las que se describen con detalle los efectos del tratamiento o de la intervención evaluada en un número reducido de casos. No existe una muestra para el estudio y, por lo tanto, los resultados obtenidos no se pueden extrapolar a la población o a un grupo más amplio de personas.

- Los estudios teóricos: son investigaciones que se basan en fuentes secundarias para estimar los efectos de la intervención.

### **3. RESULTADOS DE LA REVISIÓN DE LOS ESTUDIOS**

#### **3.1. Descripción de los estudios incluidos en la revisión**

##### *3.1.1. Tipo de estudio y calidad metodológica*

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

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

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

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

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

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

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

**Tabla 3. Número de estudios revisados por país**

País	Nº de documentos	%
Reino Unido	20	33,4
Estados Unidos	18	30,0
Canadá	6	10,0
Suecia	3	5,0
España	2	3,3
Holanda	2	3,3
Irlanda	2	3,3
Italia	2	3,3
Australia	1	1,7
China	1	1,7
Francia	1	1,7
Noruega	1	1,7
Nueva Zelanda	1	1,7
<b>Total*</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

\* Excluidos las revisiones de la literatura y los modelos teóricos

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

**Tabla 4. Número de estudios revisados por año de publicación**

Año de publicación	Nº de documentos	%
Anteriores al año 2000	14	16,7
Publicados entre 2000 y 2005	26	31,0
Posteriores a 2005	44	52,4
Total	84	100,0

En general, y teniendo presente que, tal y como se ha mencionado en el apartado metodológico, la escala utilizada para la selección de los documentos es muy rigurosa, dadas las condi-

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

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

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

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

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

Validez externa del estudio	Nº de documentos	%	% válido
Buena	47	56,0	83,9
Limitada	7	8,3	12,5
Pobre	2	2,4	3,6
No aplicable	28	33,3	100,0
<b>Total</b>	<b>84</b>	<b>100,0</b>	–

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

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

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

### 3.1.2. Tipo de intervenciones evaluadas

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

El análisis de la [Tabla 8](#) pone de manifiesto que casi la mitad de los documentos que se han incluido en la revisión se centran en cuatro tipos de intervenciones específicas: las fórmulas de alojamiento en la comunidad, la coordinación entre los servicios sociales y sanitarios en el ámbito del espacio sociosanitario, el autocuidado y la gestión de casos. La propia relevancia de estos tipos de intervención en el contexto de la literatura analizada pone ya de manifiesto, al margen de los resultados obtenidos en términos de coste efectividad, que son estas las intervenciones que en mayor medida se han puesto en práctica, y se han evaluado, en los países de nuestro entorno.

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

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

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

**Tabla 9. Intervenciones evaluadas por colectivo destinatario de la intervención**

Colectivo destinatario de la intervención	Nº de intervenciones	%
Personas mayores en riesgo de dependencia	25	27,2
Personas mayores dependientes o en riesgo de dependencia	18	19,6
Personas mayores dependientes	13	14,1
Personas mayores con demencia	5	5,4
Personas con discapacidad	4	4,3
Personas con discapacidad intelectual	14	15,2
Personas con enfermedades crónicas	3	3,3
Personas cuidadoras informales	10	10,9
<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>100,0</b>

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

**Tabla 10. Intervenciones evaluadas por tipos de objetivos perseguidos**

Objetivo de la intervención	Nº de intervenciones	%
Mejorar la calidad de vida	31	16,8
Reducir el uso de servicios sanitarios	25	13,5
Retrasar o evitar la institucionalización	23	12,4
Reducir el coste	19	10,3
Mejorar el estado de salud de las personas usuarias	18	9,7
Incrementar el grado de satisfacción de las personas usuarias	16	8,6
Mejorar o mantener la capacidad funcional	14	7,6
Reducir la carga de trabajo de las personas cuidadoras	11	5,9
Reducir el uso de servicios formales	11	5,9
Incrementar la autodeterminación o autocontrol de las personas usuarias	7	3,8
Prevención de caídas	6	3,2
Empoderamiento / incrementar la autoeficacia	3	1,6
Incrementar el acceso a servicios comunitarios preventivos	1	0,5
<b>Total</b>	<b>185</b>	<b>100,0</b>

### **3.2. Resultados sobre coste-efectividad**

El principal objetivo de esta revisión consistía en conocer la relación coste-efectividad de diferentes intervenciones sociales o socio-sanitarias que podían considerarse constitutivas del modelo de atención propuesto por la Fundación Matia. Los principales resultados a este respecto indican que 58 de las 92 intervenciones evaluadas pueden considerarse coste-

efectivas, mientras que cuatro no pueden ser consideradas como tales. En catorce de los casos analizados se obtienen mejores resultados a un mayor coste, o peores resultados a un menor coste, con lo que habría que valorar si el incremento o la reducción del coste compensan la mejora o la reducción de la efectividad. Finalmente, para dieciséis de las intervenciones evaluadas no existe información suficiente para afirmar si la intervención resulta o no coste-efectiva, o los resultados son contradictorios.

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

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

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

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

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

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

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

Tipo de estudio	Resultado	Abs.	%
Estudio controlado aleatorio	Coste efectivo	19	67,9
	No coste-efectivo	2	7,1
	No dominante	3	10,7
	Neutro	2	7,1
	No concluyente	2	7,1
Estudio controlado no aleatorio	Coste efectivo	12	66,7
	No dominante	3	16,7
	No concluyente	3	16,7
Estudio pre-post sin grupo control	Coste efectivo	1	20,0
	No dominante	3	60,0
	No concluyente	1	20,0
Estudio exploratorio	Coste efectivo	5	71,4
	No dominante	1	14,3
	No concluyente	1	14,3
Estudio de casos	Coste efectivo	1	50,0
	No concluyente	1	50,0
Estudio teórico	Coste efectivo	4	100,0
Revisión de la literatura	Coste efectivo	16	57,1
	No coste-efectivo	2	7,1
	No dominante	2	7,1
	No concluyente	8	28,6

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

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

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

Tipo de intervención	Nº de intervenciones coste-efectivas	% sobre el total de cada tipo
Servicios sociosanitarios integrados	4	100,0
Gestión de casos	7	87,5
Ayudas tecnológicas	5	83,3
Autocuidado	8	80,0
Visitas domiciliarias preventivas	3	75,0
Fórmulas de alojamiento en la comunidad	11	73,3
Ayuda a domicilio	2	66,7
Otras fórmulas de individualización de la atención	3	60,0
Otras fórmulas de coordinación servicios socio-sanitarios	6	54,5
Servicios comunitarios en general	1	50,0
Servicios de día	3	50,0
Prevención de caídas	3	50,0
Servicios de respiro	1	33,3
Asignación económica individual	1	33,3
Servicios de rehabilitación	0	0,0
Re-capacitación a domicilio	0	0,0
Servicios de acompañamiento	0	0,0
Planificación centrada en la persona	0	0,0

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

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

- Por una parte, no debe olvidarse que el carácter coste efectivo de una intervención se establece en comparación a una intervención alternativa. Cabría la posibilidad que, de aplicarse en otro contexto, y al compararse con otra intervención, un mismo programa dejara de considerarse coste efectivo.
- Por otra parte, el carácter coste efectivo de un programa no implica que, incluso aunque se aplicara de la misma forma, fuera a resultar igualmente coste efectivo en otro contexto o circunstancia.
- Por último, el hecho de que una serie de intervenciones determinadas –por ejemplo las relacionadas con la gestión de casos– hayan sido consideradas mayoritariamente coste efectivas no implica que todas las intervenciones realizadas en esa misma línea lo vayan a ser. Ello dependerá, lógicamente, de la forma concreta en la que se materialice esa intervención, del perfil de las personas atendidas, los recursos invertidos, etc.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **4.1. Servicios comunitarios**

### *4.1.1. Ayudas tecnológicas y adaptaciones en la vivienda*

#### *a) Resultados generales*

Seis trabajos de investigación han evaluado la relación coste-efectividad de las ayudas tecnológicas y de las adaptaciones de la vivienda; cinco de ellas, el 83,3% las consideran coste-efectivas frente a la no intervención. La clave de la relación coste-efectividad de los programas analizados reside en su capacidad para prevenir gastos sanitarios y de servicios sociales que serían considerables de no proporcionarse las ayudas y adaptaciones requeridas por las personas mayores y con discapacidad. Se trata, en ese sentido, de intervenciones de carácter preventivo, ni tanto porque consigan prevenir el desarrollo de las situaciones de dependencia o discapacidad, sino porque permiten prevenir, mediante intervenciones ligeras o poco costosas, el uso de servicios más pesados y de mayor coste.

#### *b) Descripción de las intervenciones*

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

En dos de las intervenciones analizadas (Bendixen, et al., 2009 y Ottenbacher, 1999), un terapeuta ocupacional realiza una evaluación de las necesidades de la persona en cuanto a las ayudas y adaptaciones más apropiadas, le proporciona entrenamiento en el uso de las mismas y realiza un seguimiento continuado de la persona, adaptando las tecnologías aplicadas a cada caso conforme evolucionan las necesidades. Por otra parte, una de las intervenciones analizadas (Bendixen, et al., 2009) puede calificarse como de “tele-rehabilitación”, en la medida en

que se realiza una monitorización a distancia de las constantes vitales de la persona usuaria a través de equipos conectados con una clínica y controlados por personal sanitario.

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

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

Población destinataria	Referencia bibliográfica	Tipo de estudio	Descripción de la intervención	Objetivos evaluados
Personas mayores dependientes	Lansley, P. et al. "Can Adapting the Homes of Older People and Providing Assistive Technology Pay Its Way?" <i>Age and Ageing</i> , 33, 6, 2004, pp. 571-576. [Id estudio 78]	Estudio teórico	Se analizan las adaptaciones y ayudas técnicas que permiten al usuario vivir en su domicilio de forma independiente. Se clasifican en tres categorías: 1. Básicas: esenciales para que el usuario permanezca en su domicilio (por ejemplo, ascensor si hay escaleras) 2. Para reducir la atención: algunas ayudas pueden reemplazar la ayuda humana (por ejemplo, duchas accesibles y eliminación de bañeras) 3. De buenas prácticas: algunas ayudas están orientadas a mejorar la calidad de vida del usuario (por ejemplo, vídeo-portero).	Reducir el uso de servicios formales
Personas mayores dependientes	Poveda, R. et al. <i>Análisis de costes y beneficios de la incorporación de productos de apoyo como extensión de los servicios de atención a domicilio en población mayor con dependencia</i> (ponencia presentada en el I congreso REPS-Red Española de Política Social. Oviedo, noviembre 2009). Madrid, Centro de Ciencias Humanas y Sociales, 2009, pp. 16. [Id estudio 143]	Estudio teórico	Las ayudas analizadas se definen como "cualquier producto (incluyendo dispositivos, equipo, instrumentos, tecnología y software) fabricado especialmente, o disponible en el mercado, para prevenir, compensar, controlar, mitigar o neutralizar deficiencias, limitaciones de actividad y restricciones de participación". En este estudio se analizan las ayudas técnicas para: a) Uso del retrete (asideros, sensor anti-caídas, elevador inodoro e inodoro-bidet); b) empleo de baño/ducha (asideros, sensor anti-caídas, tabla de bañera, silla giratoria, silla de ducha, alfombra antideslizante, grifo monomando, toallero, dosificador de jabón, accesorios para el baño, instalación plato de ducha); traslado sillón/cama (pasamanos pasillo, alzas, bastón simple, barandilla para la cama, trapecio cama, asiento elevador para el sillón, cama articulada con colchón antiescaras, sensor de iluminación para el pasillo).	Reducir el coste
Personas mayores dependientes	Bendixen, R.M. et al. "Cost Effectiveness of a Telerehabilitation Program to Support Chronically Ill and Disabled Elders in their Homes". <i>Telemedicine Journal and E-Health</i> , 15, 1, 2009, pp. 31-38. [Id estudio 224]	Revisión de la literatura	Un terapeuta ocupacional realiza una visita domiciliaria para proponer a la persona mayor las ayudas técnicas y las modificaciones necesarias en su entorno doméstico. Le ofrece entrenamiento en el uso de las ayudas y, en los casos necesarios, le hace un seguimiento diario remoto de sus signos vitales, a través de equipos conectados con una clínica y controlados por personal sanitario. Los terapeutas ocupacionales también se encargan de colaborar con las familias y los cuidadores de las personas mayores, así como con el equipo médico del programa.	Reducir el uso de servicios formales

Población destinataria	Referencia bibliográfica	Tipo de estudio	Descripción de la intervención	Objetivos evaluados
Personas mayores en riesgo de dependencia	Heywood, F. Turner, I. <i>Better Outcomes, Lower Cost. Implications for Health and Social Care Budgets of Investment in Housing Adaptations, Improvements and Equipment: a Review of the Evidence</i> . Londres, HM Government, 2007, pp. 126. [Id estudio 96]	Revisión de la literatura	Cualquier utensilio, pieza, equipamiento o producto, que haya sido comprado, modificado o adaptado y cuyo uso aumente las capacidades funcionales de las personas con discapacidad.  Esta definición incluye: sillas de ruedas, equipos informáticos, modificaciones en vehículos y todo tipo de dispositivos electrónicos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejorar el estado de salud de las personas usuarias</li> <li>• Mejorar la calidad de vida</li> <li>• Prevención de caídas</li> <li>• Reducir el uso de servicios formales</li> </ul>
Personas mayores en riesgo de dependencia	Ottenbacher, M.W.C "Effectiveness of Assistive Technology and Environmental Interventions in Maintaining Independence and Reducing Home Care Costs for the Frail Elderly: a Randomized Controlled Trial". <i>Archives of Family Medicine</i> , 8, 3, 1999, pp. 210-217. [Id estudio 192]	Estudio controlado aleatorio	El servicio, liderado por un terapeuta ocupacional en colaboración con un equipo multidisciplinar, realiza una valoración en profundidad de las capacidades funcionales de las personas mayores y de las condiciones de su entorno, propone las ayudas técnicas y las adaptaciones necesarias, proporciona entrenamiento en el uso de las mismas y realiza un seguimiento continuado, adaptando las tecnologías conforme evolucionan las necesidades.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejorar o mantener la capacidad funcional</li> <li>• Reducir el uso de servicios formales</li> </ul>
Personas con discapacidad	Andrich, R. Caracciolo, A. "Analysing the Cost of Individual Assistive Technology Programmes". <i>Disability and Rehabilitation: Assistive Technology</i> , 2, 4, 2007, pp. 207-234. [Id estudio 98]	Estudio de casos	No se describe	Reducir el coste

c) Aspectos metodológicos

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

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

Tipo de estudio	Validez interna del estudio	Validez externa del estudio	Conclusiones en cuanto a coste-efectividad	Referencia
Revisión de la literatura	No aplicable	No aplicable	Coste efectivo	Heywood, F. Turner, L., 2007
			No coste-efectivo	Bendixen, R.M. et al, 2009
Estudio controlado aleatorio	Satisfactoria	Buena	Coste efectivo	Ottenbacher, M.W.C, 1999
Estudio de casos	Pobre	Pobre	Coste efectivo	Andrich, R. Caracciolo, A., 2007
Estudio teórico	No aplicable	No aplicable	Coste efectivo	Lansley, P. et al., 2004
				Poveda, R. et al., 2009

d) Resultados de las intervenciones

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

Respecto a la utilización de servicios sanitarios y sociales, dos de los tres estudios que han analizado este aspecto (Lansley, et al., 2004 y Heywood y Tumer, 2007) indican que la intervención tiene efectos positivos y las ayudas tecnológicas pueden reducir la necesidad de

apoyo por parte de terceras personas. Por ejemplo, el estudio teórico llevado a cabo por Lansley, P. et al. (2004) estima que el coste de las ayudas proporcionadas podría recuperarse en un periodo de tiempo relativamente breve (entre 0,8 y 6,1 años) gracias a la reducción del apoyo formal necesario para mantener a las personas mayores en su domicilio, lo que permitiría recuperar la inversión realizada dentro de la esperanza de vida estimada para éstas. Por otra parte, la revisión de la literatura realizada por Heywood, F y L. Turner (2007) indica que los programas de ayudas tecnológicas pueden reducir el uso de la ayuda a domicilio y de servicios residenciales. Los estudios revisados por estos autores indican que las ayudas tecnológicas son especialmente efectivas en el caso de personas jóvenes con discapacidad (incluidas las personas mayores jóvenes). En base a los estudios revisados, los autores concluyen que, cuando la adaptación realizada o la ayuda provista consiguen eliminar la necesidad de visitas diarias o nocturnas a domicilio, la inversión realizada se recuperará entre unos pocos meses y tres años y producirá ahorros anuales de entre 1.200 y 29.000 libras esterlinas por persona usuaria. Por lo que se refiere a la atención residencial, cuando la adaptación del hogar permite a la persona mayor vivir de forma autónoma y evitar el ingreso residencial, la inversión realizada se puede recuperar en 1 año o menos, y produce un ahorro al sistema de servicios sociales de entre 25.000 y 80.000 libras esterlinas anuales por persona atendida. Se trata de resultados muy significativos, que se derivan de una de las revisiones de literatura más solventes de todas las consultadas para la realización de este informe.

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

lo que consideran que sería necesario un periodo de seguimiento más largo para evaluar el verdadero impacto del programa.

Sin centrarse explícitamente en el uso de servicios sanitarios o sociales, otros dos de los estudios revisados (Poveda, et al., 2009 y Andrich y Caracciolo, 2007) han analizado el efecto de las ayudas tecnológicas en el gasto sanitario, y ambos refieren resultados positivos. El estudio español realizado por Poveda, R. et al. (2009) estima los posibles beneficios de distintos niveles de intervención (desde intervenciones con ayudas técnicas básicas, hasta apoyos tecnológicos más complejos) a partir de su contribución a la hora de prevenir fracturas de cadera; úlceras por presión de grado I, la institucionalización de las personas mayores (aplazamiento de 6, 12 o 18 meses) y la reducción del tiempo de atención por parte del familiar (del 30%, 60% o 90%). A partir de estas premisas, estiman que el coste neto de la intervención (costes – beneficios) podría oscilar entre los 25,5 millones de euros anuales de ahorro, hasta los 321 millones de coste. Con todo, las intervenciones básicas (ayudas técnicas simples como alfombra, asideros y tabla de transferencia para la bañera, elevador de retrete y asideros para la taza, alzas para el sofá y la cama y barandilla para la cama), resultarían coste-efectivas en todos los escenarios planteados.

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

Tal y como se ha comentado al describir las intervenciones evaluadas, además de la utilización de recursos sanitarios y sociales y de la reducción del coste asociado a la atención de personas mayores y con discapacidad, algunos estudios también han evaluado otros objetivos complementarios como son los efectos sobre la salud, la calidad de vida o la capacidad funcional de las personas usuarias. Por lo que se refiere al estado de salud, la revisión realizada por Heywood, F. y L. Turner (2007) indica que las investigaciones realizadas permiten detectar efectos positivos de las ayudas tecnológicas a la hora de prevenir problemas de salud comunes entre las personas con discapacidad como las contracturas, las úlceras por presión, las infecciones, las quemaduras y el dolor. Este estudio también refiere efectos beneficiosos

sobre la salud mental y la sensación de seguridad de las personas mayores y sobre la carga de trabajo de las personas cuidadoras. No obstante, los autores señalan que, hasta el momento, los efectos beneficiosos de las ayudas tecnológicas y de las adaptaciones sobre la salud no han sido sistemáticamente recogidas, por lo que puede que en el futuro detecten más efectos positivos.

En cuanto al efecto de las ayudas técnicas sobre la calidad de vida de las personas que las reciben, el mismo estudio señala que se producen efectos beneficiosos en el 90% de los casos. Además señala que la mejora de la calidad de vida resulta especialmente importante cuando las ayudas proporcionadas permiten a la persona mayor evitar la ayuda a domicilio o la institucionalización.

Finalmente, respecto a los efectos de las ayudas técnicas sobre la capacidad funcional de las personas mayores, el estudio llevado a cabo por Ottenbacher, M.W.C (1999) señala que éstas pueden evitar el deterioro físico de las personas usuarias, mejorando su funcionamiento físico y reduciendo el dolor. Se trata de un resultado muy significativo, que se deriva del único estudio con grupo de control aleatorio incluido en este epígrafe.

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

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

Los estudios analizados refieren importantes ahorros como consecuencia de la reducción de los servicios sociales y sanitarios utilizados por las personas que reciben ayudas técnicas y adaptaciones de la vivienda, ahorros que podrían oscilar entre 24.000 y más de 90.000 euros anuales. Concretamente, en nuestro entorno, el estudio llevado a cabo por Poveda, R. et al. (2009) estima que la provisión de ayudas tecnológicas básicas a personas mayores usuarias

del SAD en España podría suponer un ahorro de hasta 25 millones de euros anuales para la administración.

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

Población destinataria	Referencia	Conclusiones sobre coste-efectividad	Conclusiones
Personas mayores dependientes	Lansley, P. et al., 2004	Coste efectivo	<p>Las adaptaciones y ayudas técnicas pueden tanto mejorar la calidad de vida y hacerlo de manera coste-efectiva.</p> <p>Los resultados sugieren que las adaptaciones y ayudas técnicas llevan a ahorro que en ocasiones es significativo.</p> <p>El éxito del resultado depende de una correcta evaluación de las necesidades, los requisitos en cuanto a adaptaciones y ayudas técnicas y de asegurarse de que éstas se adecúan a la vivienda del usuario y a sus preferencias individuales.</p>
Personas mayores dependientes	Poveda, R. et al., 2009	Coste efectivo	<p>Desde la perspectiva del análisis de coste-beneficio, los autores concluyen que queda plenamente justificada una intervención básica y complementaria al SAD que debería comprender ayudas técnicas para facilitar la entrada y salida de la bañera (alfombra, asideros y tabla de transferencia), sentarse y levantarse del retrete (elevador de retrete y asideros) y de la butaca (alzas), el desplazamiento en el interior de la casa (bastón) y entrada y salida de la cama (alzas cama y barandilla).</p> <p>Además, los autores concluyen que “las pequeñas intervenciones tienen un impacto global muy importante cuando se repiten muchas veces, por ejemplo, al afectar a un número de población elevado (personas mayores con servicio SAD) pueden alcanzar un impacto global importante”. El estudio ha valorado este impacto en 25,56 millones de beneficio global anual de la intervención”.</p>
Personas mayores dependientes	Bendixen, R.M. et al, 2009	No coste-efectivo	<p>No se apreciaron diferencias significativas entre el grupo que recibió tele-rehabilitación y el que recibió los servicios habituales en cuanto al uso de servicios sanitarios y sociales. Al contrario de lo que se esperaba, la utilización de servicios médicos ambulatorios se incrementó notablemente en el grupo de intervención.</p> <p>Los autores señalan que el aumento del gasto sanitario en el grupo de intervención pudo deberse a la monitorización diaria, que incrementó las probabilidades de que pequeñas patologías o síntomas fueran detectados y tratados rápidamente. Estas visitas, teniendo un carácter preventivo, podrían derivarse en un ahorro del gasto sanitario a más largo plazo, por lo que consideran que sería necesario un periodo de seguimiento más largo.</p> <p>Finalmente, dado que no se tuvieron en cuenta datos sobre la utilización de servicios no financiados a través de la Administración Sanitaria para Veteranos, es posible que se hubieran dado diferencias en el uso de éstos, que no pudieran ser detectados a través del estudio.</p>

Población destinataria	Referencia	Conclusiones sobre coste-efectividad	Conclusiones
Personas mayores en riesgo de dependencia	Heywood, F. Turner, L., 2007	Coste efectivo	Hay evidencia suficiente de que, para la mayoría de las personas mayores, el periodo de recuperación de la inversión realizada es menor que la esperanza de vida de la persona en cuestión y que conseguirá mejorar la calidad de vida de la persona usuaria.
Personas mayores en riesgo de dependencia	Ottenbacher, M.W.C., 1999	Coste efectivo	La intervención, que tuvo un coste de 2.620 dólares en equipamientos y adaptaciones, resultó en un ahorro de más de 19.614 dólares en servicios sanitarios y sociales. La diferencia entre el grupo de control y de intervención fue de 3.397 dólares en cuanto a servicios comunitarios, de 15.829 dólares en servicios hospitalarios y de 387 dólares en servicios residenciales.
Personas con discapacidad	98	Coste efectivo	La mayoría de los programas de ayudas tecnológicas no solamente provocan cambios positivos en la calidad de vida sino que conllevan un ahorro considerable en términos de coste social.

#### 4.1.2. *Programas de autocuidado*

##### *a) Resultados generales*

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

##### *b) Descripción de las intervenciones*

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

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

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

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

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

Población destinataria	Referencia bibliográfica	Tipo de estudio	Descripción de la intervención	Objetivos evaluados
Personas mayores en riesgo de dependencia	Sahlen, K.G. et al. "Preventive Home Visits to Older People Are Cost-Effective". <i>Scandinavian Journal of Public Health</i> , 36, 3, 2008, pp. 265-271. [Id estudio 117]	Estudio controlado no aleatorio	La intervención consiste en 4 visitas a domicilio a personas de 75 o más años con el objeto de promover que se adquiera o mantenga un estilo de vida saludable y se preserve la habilidad funcional en lo máximo posible. El foco de la intervención son la actividad física, la prevención de caídas, la dieta y los problemas típicos de las personas muy mayores. También se informa a los usuarios de los recursos de atención para personas mayores, de los recursos sanitarios de atención primaria y de actividades sociales, así como de las cuotas asociadas a dichas actividades.	Mejorar la calidad de vida
Personas mayores en riesgo de dependencia	Markle-Reid, M. et al. "The Effectiveness and Efficiency of Home-Based Nursing Health Promotion for Older People: a Review of the Literature". <i>Medical Care Research and Review</i> , 63, 5, 2006, pp. 531-569. [Id estudio 162]	Revisión de la literatura	Se analizan diferentes programas de visitas domiciliarias preventivas que comparten una estrategia común de promoción sanitaria. Los programas revisados en este documento abarcan diferentes tipos de servicios: educación para la salud en nutrición, ejercicio, manejo del estrés, atención por parte de enfermeras, etc.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejorar el estado de salud de las personas usuarias</li> <li>• Retrasar o evitar la institucionalización</li> <li>• Reducir el uso de servicios sanitarios</li> <li>• Mejorar o mantener la capacidad funcional</li> <li>• Incrementar el grado de satisfacción de las personas usuarias</li> </ul>
Personas mayores en riesgo de dependencia	Hay, J. et al. "Cost-Effectiveness of Preventive Occupational Therapy for Independent-Living Older Adults". <i>Journal of the American Geriatrics Society</i> , 50, 8, 2002, pp. 1381-1388. [Id estudio 220]	Estudio controlado aleatorio	Se trata de un programa de terapia ocupacional preventiva que se realiza con grupos de 8 a 10 personas mayores. El programa tiene por objetivo que las personas mayores comprendan los efectos beneficiosos de mantener una actividad regular y significativa asociada a sus actividades diarias y que sean capaces de cambiar sus estilos de vida para incorporar dicha actividad de forma que prevengan el deterioro funcional y la enfermedad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejorar la calidad de vida</li> <li>• Reducir el uso de servicios formales</li> </ul>

Población destinataria	Referencia bibliográfica	Tipo de estudio	Descripción de la intervención	Objetivos evaluados
Personas mayores en riesgo de dependencia	Turning Point. <i>Benefits Realisation: Assessing the Evidence for the Cost Benefit and Cost Effectiveness of Integrated Health and Social Care</i> . Londres, Turning Point, 2010, pp. 54. [Id estudio 235]	Revisión de la literatura	Los servicios “self-care” son servicios que promueven el autocuidado y la auto-gestión de servicios por parte de las personas mayores.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducir el uso de servicios sanitarios</li> <li>• Reducir el uso de servicios hospitalarios</li> <li>• Incrementar la autodeterminación o autocontrol de las personas usuarias</li> </ul>
Personas cuidadoras informales	Toseland, R.W. Smith, T.L. "The Impact of a Caregiver Health Education Program On Health Care Costs". <i>Research On Social Work Practice</i> , 16, 1, 2006, pp. 9-19. [Id estudio 213]	Estudio controlado aleatorio	<p>Se trata de un programa de formación destinada a los cónyuges de personas mayores dependientes que tiene como objetivo mejorar su capacidad de autocuidado y de cuidar de la persona dependiente.</p> <p>Se forman grupos de entre 5 y 8 cuidadores a los que se les ofrecen 8 sesiones semanales de 2 horas de duración, seguidas de 10 sesiones mensuales de mantenimiento, de 2 horas de duración cada una.</p> <p>Los principales componentes del programa de formación son: (a) estrategias de afrontamiento basadas en las emociones, (b) educación sobre el cuidado y los recursos comunitarios existentes (c) estrategias de resolución de problemas y (d) apoyo grupal.</p>	Reducir el uso de servicios sanitarios
Personas cuidadoras informales de personas con Alzheimer	Nichols, L.O. et al. "The Cost-Effectiveness of a Behavior Intervention with Caregivers of Patients with Alzheimer's Disease". <i>Journal of the American Geriatrics Society</i> , 56, 3, 2008, pp. 413-420. [Id estudio 215]	Estudio controlado aleatorio	Se trata de una intervención individual, con una duración de 6 meses. Durante este tiempo las personas usuarias reciben 12 sesiones de intervención (9 visitas domiciliarias y 3 por contacto telefónico). Además participan en 5 sesiones telefónicas de apoyo en grupo (5 o 6 cuidadores/as).	Reducir la carga de trabajo de las personas cuidadoras

Población destinataria	Referencia bibliográfica	Tipo de estudio	Descripción de la intervención	Objetivos evaluados
Personas cuidadoras informales	Drummond, M.F. et al. "Economic Evaluation of a Support Program for Caregivers of Demented Elderly". <i>International Journal of Technology Assessment in Health Care</i> , 7, 2, 1991, pp. 209-219. [Id estudio 218]	Estudio controlado aleatorio	<p>Es una intervención de apoyo dirigida a ayudar a los cuidadores a aumentar su competencia en el cuidado del familiar dependiente y proporcionarles una sensación de control en sus funciones de cuidador.</p> <p>La intervención consiste en visitas, de carácter regular, a domicilio por parte de enfermeras de apoyo. En un principio, las visitas eran semanales pero se van ajustando a las necesidades de cada caso específico. En las visitas se orienta a los cuidadores a que reciban ayuda de servicios sociales y tratamiento médico en caso de que sea necesario. Además, se les proporciona formación específica sobre la demencia.</p> <p>El programa proporciona 4 horas semanales de servicio de respiro a domicilio que pueden verse ampliadas a demanda del usuario y se anima a los cuidadores y otros familiares a participar en un grupo de auto-ayuda de carácter mensual (2 horas mensuales).</p>	Mejorar la calidad de vida
Personas cuidadoras informales	Pickard, L. <i>The Effectiveness and Cost-Effectiveness of Support and Services to Informal Carers of Older People. A Review of the Literature Prepared for the Audit Commission</i> . Londres, Audit Commission, 2003, pp. 90. [Id estudio 229]	Revisión de la literatura	Son grupos de auto-ayuda que pueden estar ubicados en hospitales, centros de adultos, etc., con diferentes focos de atención e implementados por distintos organismos.	Mejorar la calidad de vida

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

Población destinataria	Referencia bibliográfica	Tipo de estudio	Descripción de la intervención	Objetivos evaluados
Personas con enfermedades crónicas	Richardson, G. et al. "Cost Effectiveness of the Expert Patients Programme (EPP) for Patients with Chronic Conditions". <i>Journal of Epidemiology and Community Health</i> , 62, 4, 2008, pp. 361-367. [Id estudio 211]	Estudio teórico	La intervención consiste en un programa formativo genérico, impartido por personal no profesional, cuyo objetivo consiste en mejorar las habilidades de autocuidado de las personas con una enfermedad crónica. La intervención tiene una duración de 6 semanas, y consiste en una sesión formativa de 2,5 horas a la semana. Se trata de una adaptación del Chronic Disease Self Management Programme (CDSMP) Estadounidense.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mejorar el estado de salud de las personas usuarias</li><li>• Reducir el uso de servicios sanitarios</li></ul>

c) Aspectos metodológicos

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

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

Tipo de estudio	Validez interna del estudio	Validez externa del estudio	Conclusiones en cuanto a coste-efectividad	Referencia
Revisión de la literatura	No aplicable	No aplicable	Coste efectivo	Markle-Reid, M. Et Al., 2006
				Turning Point, 2010
			No concluyente	Pickard, L., 2003
Estudio controlado aleatorio	Pobre	Buena	No concluyente	Drummond, M.F. et al., 1991
	Satisfactoria	Buena	Coste efectivo	Kennedy, A. et al., 2007
				Toseland, R.W. Smith, T.L., 2006
				Nichols, L.O. et al., 2008
Hay, J. et al., 2002				
Estudio controlado no aleatorio	Buena	Buena	Coste efectivo	Sahlen, K.G. Et Al., 2008
Estudio teórico	Satisfactoria	Buena	Coste efectivo	Richardson, G. et al., 2008

d) Resultados de las intervenciones

Los resultados de los estudios revisados son por lo general positivos en lo que se refiere a la utilización de servicios sanitarios, lo que va normalmente asociado a una mejora del estado de salud y de la calidad de vida de las personas usuarias, aunque, en este caso, quizá debido a

la gran variedad de indicadores utilizados para medir el efecto de las intervenciones, los resultados de los diferentes estudios son menos consistentes. Respecto al resto de los objetivos declarados –incrementar la autoeficacia, retrasar la institucionalización, reducir la carga de las personas cuidadoras, etc.– los resultados son prometedores, aunque generalmente se basan, cada uno de ellos, en un único estudio.

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

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

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

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

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

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

horas diarias su dedicación a la persona con Alzheimer. Finalmente, un estudio que analizó el nivel de satisfacción de las personas cuidadoras con la intervención encontró resultados positivos en este aspecto (Markle-Reid, et al., 2006).

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

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

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

habituales de la disposición social a pagar por dicho beneficio; sin embargo, en uno de ellos (Drummond, et al., 1991), los autores consideran que los resultados no pueden considerarse concluyentes debido al pequeño tamaño de la muestra utilizada.

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

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

Población destinataria	Referencia	Conclusiones sobre coste-efectividad	Conclusiones
Personas mayores en riesgo de dependencia	Sahlen, K.G. et al., 2008	Coste efectivo	Si se considera únicamente el coste de la atención social y sanitaria utilizada durante los 4 años de seguimiento de las personas que participaron en la investigación se obtiene un ahorro económico considerable, además de una mejora del estado de salud de las personas. Si se consideran los gastos sanitarios y sociales adicionales que generan los años de vida ganados gracias a la intervención, se calcula un coste de unos 14.000 € por año de vida ganado, coste que resulta muy inferior al que comúnmente se considera el umbral de la disposición social a pagar por un año de vida ganado.
	Markle-Reid, M. et al., 2006	Coste efectivo	Los autores concluyen que los programas de autocuidado pueden influir favorablemente en el estatus físico y funcional de sus usuarios, en las tasas de mortandad, en el uso de hospitales y centros residenciales así como en sus costes. Además, los resultados muestran que aquellas intervenciones en las que las enfermeras muestran un rol más intensivo a la hora de identificar problemas parecen ser más efectivas que aquellas en las que el foco de atención es un problema único y la provisión de información o apoyo emocional. De los 12 estudios analizados solamente uno llevó a cabo un análisis completo de coste-efectividad. Este trabajo concluyó que el coste para cada año de vida sin discapacidad que se obtiene gracias a la intervención es de alrededor de 6.000\$. Esta cifra se obtiene de contar el número de días de estancias en hospital o residencias que fueron evitados. Otros cinco estudios compararon los costes generados por la intervención y los costes evitados gracias a ella. Tres de estos estudios mostraron que se obtenía un ahorro de recursos económicos gracias al menor uso de servicios residenciales.
	Hay, J. et al., 2002	Coste efectivo	Dado que en los Estados Unidos se admite una disposición social a pagar de hasta 50.000 \$ por AVAC, los autores consideran la intervención coste-efectiva, con una probabilidad del 95%. Si se utilizaran los umbrales admitidos en España (30.000 euros por AVAC en 2003), también podría considerarse coste-efectiva (actualizando los precios utilizados -dólares de 1995- a 2003 el coste máximo por AVAC sería de 30.702 \$). El hecho de que el programa de terapia ocupacional fuera coste-efectivo en relación con el grupo de control activo, que recibió un programa general de actividades de ocio, es importante, ya que demuestra que no es la actividad per se la que puede mejorar la salud y el bienestar, sino más bien actividades que sean significativas para la persona usuaria y que estén insertadas de forma coherente en la rutina diaria de las personas mayores.
	Turning Point, 2010	Coste efectivo	Los servicios de autocuidado son coste-efectivos ya que permiten reducir el uso de servicios sanitarios, reducen el número de admisiones hospitalarias y promueven la autoeficacia de sus usuarios. Además, la reducción del uso de servicios sanitarios y hospitalarios permite ahorrar dinero a la administración.

Población destinataria	Referencia	Conclusiones sobre coste-efectividad	Conclusiones
Personas cuidadoras informales	Toseland, R.W. Smith, T.L., 2006	Coste efectivo	El coste de la intervención fue de algo más de 257 \$ por persona, mientras que el ahorro que supuso a la organización sanitaria fue de más de 5.800 por persona, lo que significa que la intervención es claramente coste-beneficiosa. Hay que tener en cuenta, no obstante, que no se investigó la posible transferencia de costes a otros sistemas como el de servicios sociales.
	Nichols, L.O. et al., 2008	Coste efectivo	Los datos indican que a una disposición a pagar de 4,96 dólares por hora adicional de tiempo libre para una persona cuidadora, la intervención resultaría coste-efectiva.  Visto desde la perspectiva del coste-beneficio, si se valúan las horas de tiempo libre ganadas a 8,12 dólares/hora (salario estándar de una asistente domiciliaria), se observa que el beneficio de la intervención sería de 10,56 dólares, siendo su coste de 4,96 dólares.
	Drummond, M.F. et al., 1991	No concluyente	El estudio muestra una ganancia de 0,11 AVAC en seis meses de intervención, lo que implica un coste de algo más de 20.000\$ (canadienses) por AVAC ganado.  Aunque este resultado señala que la intervención podría resultar coste-efectiva a umbrales habituales de la disposición social a pagar por un AVAC, las limitaciones metodológicas por el pequeño tamaño de la muestra impiden realizar afirmaciones rotundas al respecto.
	Pickard, L., 2003	No concluyente	No hay evidencia empírica suficiente para afirmar que los grupos de autoayuda sean coste-efectivos.
Personas con enfermedades crónicas	Kennedy, A. et al., 2007	Coste efectivo	La intervención resultó coste-efectiva ya que consiguió incrementar la autoeficacia de las personas usuarias, instaurar algunos hábitos saludables y, en consecuencia, se consiguió mejorar su estado de salud. No se produjo una reducción estadísticamente significativa en el uso de los servicios de salud, aunque ésta fue suficiente para que el coste total de los servicios utilizados por las personas del grupo de intervención fuera menor que el del grupo de control (el coste de los servicios sanitarios utilizados por las personas del grupo de intervención fue 27 libras esterlinas (41€) menor que en el grupo de control)
	Richardson, G. et al., 2008	Coste efectivo	La intervención resultó claramente coste-efectiva puesto que se consiguió mejorar la salud de las personas usuarias a un coste sanitario menor que en el grupo de control. Este resultado se mostró robusto frente a diferentes análisis de sensibilidad.  No obstante, para verificar este dato los autores calcularon el Beneficio Monetario neto (Net Monetary Benefit) que se conseguiría para distintos valores de la disposición social a pagar por un AVAC. De esta forma estiman que a un valor convencional de 20.000 libras esterlinas por AVAC (valor que el NHS considera aceptable pagar por un AVAC ganado) la probabilidad de que la intervención fuera coste-efectiva sería del 94%.

#### 4.1.3. *Visitas domiciliarias preventivas*

##### *a) Resultados generales*

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

##### *b) Descripción de las intervenciones*

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

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

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

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

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

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

Id Documento	Referencia bibliográfica	Tipo de estudio	Población destinataria	Descripción de la intervención	Objetivos evaluados
110	Melis, R.J.F. et al. "Cost-effectiveness of a multidisciplinary intervention model for community-dwelling frail older people". <i>The Journals of Gerontology</i> , vol. 63A, n° 3, 2008, pp. 275-282 [Id estudio 110]	Estudio controlado aleatorio	Personas mayores dependientes	Se evalúa el coste efectividad del Dutch <i>Geriatric Intervention Program</i> (DGIP) en comparación con la atención sanitaria ordinaria que reciben las personas mayores. Durante un máximo de 3 meses, una enfermera geriátrica visitó en seis ocasiones a personas mayores del grupo de intervención. En estas visitas, se realizó a los pacientes una evaluación y planificación geriátrica complementaria. La enfermera geriátrica, el médico geriatra y el de cabecera tuvieron diversas reuniones para comentar casos individuales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejorar o mantener la capacidad funcional</li> <li>• Reducir el uso de servicios hospitalarios</li> </ul>
180	Stuck, A.E. et al. "A Trial of Annual In-Home Comprehensive Geriatric Assessments for Elderly People Living in the Community". <i>The New England Journal of Medicine</i> , 333, 18, 1995, pp. 1184-1189. [Id estudio 180]	Estudio controlado aleatorio	Personas mayores en riesgo de dependencia	La intervención consiste en una serie de visitas a domicilio en las que se realiza una evaluación geriátrica exhaustiva. La evaluación geriátrica consiste en: - Evaluación médica: historia médica y en pruebas físicas (análisis orina, sangre...), salud bucal, equilibrio, medicación, peso, visión y oído. - Estatus funcional - Salud mental - Apoyo social: red y calidad - Vivienda: seguridad y accesibilidad Dicha valoración consiste en evaluar los posibles problemas y los posibles factores de riesgo de padecer una discapacidad. Además, la evaluación cuenta con recomendaciones específicas entre las que destacan las de la educación para la salud. Una vez realizada la evaluación se realiza un seguimiento trimestral con el objeto de supervisar la puesta en marcha de lo recomendado y para detectar posibles nuevos problemas. La intervención tuvo lugar durante tres años y con carácter anual se realizó una evaluación geriátrica exhaustiva en el domicilio de los participantes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejorar o mantener la capacidad funcional</li> <li>• Retrasar o evitar la institucionalización</li> <li>• Reducir el uso de servicios hospitalarios</li> </ul>

Id Documento	Referencia bibliográfica	Tipo de estudio	Población destinataria	Descripción de la intervención	Objetivos evaluados
193	Markle-Reid, M. et al. "Health Promotion for Frail Older Home Care Clients". <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 54, 3, 2006, pp. 381-395. [Id estudio 193]	Estudio controlado aleatorio	Personas mayores en riesgo de dependencia	<p>La intervención evaluada (<i>Proactive nursing health promotion</i>) tiene el objetivo de reforzar las habilidades personales y apoyos con los que cuenta el usuario de cara a reducir el nivel de vulnerabilidad, aumentar la salud, mejorar la calidad de vida y reducir la demanda de recursos de atención sanitaria más costosos.</p> <p>La intervención consiste en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Una enfermera contacta o visita al usuario cada 6 meses.</li> <li>- Se realiza una evaluación inicial para conocer el estado de salud</li> <li>- Se identifican factores de riesgo (depresión, demencia, consumo de múltiples fármacos o enfermedades que se repiten en el tiempo).</li> <li>- Se proporciona educación para la salud sobre estilos de vida saludables y el manejo de enfermedades crónicas desde un enfoque de participación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejorar la calidad de vida</li> <li>• Mejorar el estado de salud de las personas usuarias</li> <li>• Reducir el coste</li> </ul>
226	Bouman, A. et al. "Effects on Health Care Use and Associated Cost of a Home Visiting Program for Older People with Poor Health Status: a Randomized Clinical Trial in the Netherlands". <i>The Journals of Gerontology</i> , 63a, 3, 2008, pp. 291-297. [Id estudio 226]	Estudio controlado aleatorio	Personas mayores en riesgo de dependencia	<p>El programa consiste en 8 visitas domiciliarias, con un seguimiento telefónico, durante un periodo de 18 meses, con visitas cada dos meses, aproximadamente. 3 enfermeras especializadas en atención domiciliaria llevaron a cabo las visitas bajo la supervisión de una enfermera comunitaria.</p> <p>Las visitas incluyeron una evaluación geriátrica de riesgos y problemas, asesoramiento y derivación a servicios profesionales y comunitarios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejorar el estado de salud de las personas usuarias</li> <li>• Reducir el uso de servicios formales</li> <li>• Reducir el uso de servicios hospitalarios</li> <li>• Retrasar o evitar la institucionalización</li> </ul>

c) Aspectos metodológicos

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

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

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

Tipo de estudio	Validez interna del estudio	Validez externa del estudio	Conclusiones en cuanto a coste-efectividad	Referencia
Estudio controlado aleatorio	Buena	Buena	Coste efectivo	Melis, R.J.F. et al., 2008
	Excelente	Buena	No coste-efectivo	Bouman, A. et al., 2008
	Satisfactoria	Buena	Coste efectivo	Stuck, A.E. et al., 1995
				Markle-Reid, M. et al., 2006

d) Consecución de los objetivos

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

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

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

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

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

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

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

Referencia	Conclusiones sobre coste-efectividad	Conclusiones
Melis, R.J.F. et al., 2008	Coste-efectivo	Por término medio, la intervención evaluada presenta un coste ligeramente superior a la intervención habitual (750 euros). No obstante, la intervención resulta coste efectiva para una parte de las personas usuarias (los intervalos de coste de los dos grupos se solapan). La ratio coste-efectividad incremental fue de 3.418 euros por intervención exitosa. Si se toma una disposición social a pagar de 34.000 euros o más por una intervención exitosa, la intervención evaluada tiene un 95% de probabilidades de resultar coste-efectiva.
Stuck, A.E. et al., 1995	Coste efectivo	Los autores concluyen que un programa de visitas domiciliarias que realiza evaluaciones geriátricas en profundidad puede retrasar el desarrollo de la discapacidad y puede reducir las estancias residenciales de carácter permanente de las personas mayores que viven en sus domicilios.  La reducción en número de estancias en residencias y el ahorro que ello supone hacen que las visitas domiciliarias preventivas sean una intervención coste-efectiva.

Referencia	Conclusiones sobre coste-efectividad	Conclusiones
Markle-Reid, M. et al., 2006	Coste efectivo	Los servicios evaluados en este estudio mejoran la calidad de vida y el estado de salud de los participantes. Este servicio mejora la salud mental de usuarios, permite que los síntomas depresivos se reduzcan y contribuye a mejorar la percepción de apoyo social a la par que no aumentan los costes de atención sanitaria.  Los autores concluyen que las visitas domiciliarias preventivas son coste efectivas ya que permiten mejorar la calidad de vida y estado de salud de sus usuarios a un coste similar que los servicios tradicionales
Bouman, A. et al., 2008	No coste-efectivo	El programa de visitas domiciliarias no consigue reducir el uso de servicios sanitarios y sociales por lo que presenta pocas posibilidades de resultar coste-efectiva (menos del 10%). Además, el coste total de atención sanitaria y social para el grupo de intervención es de \$450 más que para el grupo de control.

#### 4.1.4. Fórmulas de alojamiento en la comunidad

##### a) Resultados generales

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

*b) Descripción de las intervenciones*

La mayor parte de las intervenciones analizadas están dirigidas a personas con discapacidad intelectual, lo que probablemente refleja el interés que en el ámbito de las personas con este tipo de discapacidad han adquirido los procesos de desinstitucionalización y el desarrollo de fórmulas de alojamiento en la comunidad. Así, de las quince intervenciones analizadas, tres están dirigidas a personas mayores dependientes o en riesgo de dependencia, una a personas mayores dependientes, otra a personas mayores con demencia, y las otras diez a personas con discapacidad intelectual.

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

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

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

Población destinataria	Referencia bibliográfica	Tipo de estudio	Descripción de la intervención	Objetivos evaluados
Personas mayores dependientes o en riesgo de dependencia	O'Shea, E. y Costello, J. "Boarding Out As An Option for the Care of Elderly People". <i>Age and Ageing</i> , 20, 2, 1991, pp. 95-99. [Id estudio 3]	Estudio controlado no aleatorio	<p>Se trata de un modelo de atención que se estaba probando en Irlanda en el momento de publicación del artículo (años 90). Consiste en dar alojamiento a la persona mayor en un domicilio privado con una persona cuidadora que normalmente no pertenece a su familia. Las personas cuidadoras reciben 20 libras irlandesas semanales de la administración competente en sanidad y servicios sociales y la persona mayor aporta aproximadamente la misma cantidad de su pensión.</p> <p>La administración se encarga de dar el visto bueno a los domicilios que desean acogerse al programa y se encarga de su inspección semestral. Asimismo, en caso de crisis, la administración se hace cargo inmediatamente de la persona mayor.</p> <p>Las personas que viven en estos hogares de acogida, además de la atención del "ama de casa", normalmente hacen uso de los servicios comunitarios habituales, enfermería a domicilio, médico de familia, centro de día, etc.</p>	Reducir el coste
	Ashton, T. Hempenstall, C. <i>Research into the Financial Benefits of the Supporting People Programme, 2009</i> . Londres, Department for Communities and Local Government, 2009, pp. 196. [Id estudio 135]	Estudio controlado no aleatorio	<i>Supporting People</i> es un programa similar al que en nuestro entorno se conoce como "programa de vida independiente". Consiste en proporcionar distintos servicios de apoyo asociados a la vivienda para que las personas vulnerables puedan vivir de forma independiente y mejorar su calidad de vida. El servicio tiene una dimensión educativa/de tutela, con lo que se consigue que personas muy vulnerables no requieran servicios más intensivos.	Reducir el coste
	Turning Point "Benefits Realisation: Assessing the Evidence for the Cost Benefit and Cost Effectiveness of Integrated Health and Social Care". Londres, Turning Point, 2010, pp. 54. [Id estudio 233]	Revisión de la literatura	El programa " <i>Supporting people</i> " proporciona servicios de alojamiento en comunidad para personas vulnerables con el objetivo de mejorar su calidad de vida, salud y bienestar.	Retrasar o evitar la institucionalización

Población destinataria	Referencia bibliográfica	Tipo de estudio	Descripción de la intervención	Objetivos evaluados
Personas mayores dependientes	Baumker, T. et al. <i>Costs and Outcomes of An Extra-Care Housing Scheme in Bradford</i> . York, Joseph Rowntree Foundation, 2008, pp. 47. [Id estudio 123]	Estudio pre-post sin grupo control	Son alojamientos con apoyo intensivo ( <i>extracare housing</i> ). Se evalúa un centro específico que cuenta con 46 apartamentos, de uno (20) o dos dormitorios (26), y con provisión de atención a los residentes. El centro cuenta con numerosos servicios como actividades programadas, sala de ordenadores, lavandería, peluquería, sala de fisioterapia/salud y un café-restaurante. Los usuarios pueden prepararse la comida en sus apartamentos o adquirir la comida en el café-restaurante, que abre a diario para las comidas y las cenas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejorar o mantener la capacidad funcional</li> <li>• Mejorar la calidad de vida</li> <li>• Incrementar el grado de satisfacción de las personas usuarias</li> </ul>
Personas mayores con demencia	Wimo, A. et al. "Cost-Utility Analysis of Group Living in Dementia Care". <i>International Journal of Technology Assessment in Health Care</i> , 11, 1, 1995, pp. 49-65. [Id estudio 219]	Estudio controlado aleatorio	Es un recurso intermedio entre la atención en el domicilio y en residencias para personas mayores.	Mejorar la calidad de vida
Personas con discapacidad intelectual	Robertson, J. et al. "Quality and Costs of Community-Based Residential Supports for People with Mental Retardation and Challenging Behavior". <i>American Journal on Mental Retardation</i> , 109, 4, 2004, pp. 332-344. [Id estudio 75]	Estudio controlado no aleatorio	<p>Alojamientos comunitarios ordinarios donde un 50% o menos de los residentes tienen problemas de conducta.</p> <p>Las viviendas están ubicadas cerca de alojamientos para personas con discapacidad.</p> <p>Son viviendas en las que conviven personas con conducta desafiante y personas con discapacidad intelectual sin problemas de conducta.</p>	Mejorar la calidad de vida
	Mansell, J. et al. <i>Deinstitutionalisation and Community Living. Outcomes and Costs: Report of a European Study. Volume 2: Main Report</i> . Canterbury, Tizard Centre, 2007, pp. 140. [Id estudio 99]	Revisión de la literatura	No se detalla	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejorar la calidad de vida</li> <li>• Reducir el coste</li> </ul>
	Felce, D. et al. "Outcomes and Costs of Community Living: Semi Independent Living and Fully Staffed Group Homes". <i>American Journal on Mental Retardation</i> , 113, 2, 2008, pp. 87-101. [Id estudio 101]	Estudio controlado no aleatorio	Son pisos con un tamaño igual o inferior a 4 plazas, en los que la presencia del personal no es permanente. No cuentan con personal durante un mínimo de 28 horas semanales durante las horas del día en las que los usuarios están en el piso. Tampoco cuentan con personal durante la noche.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejorar la calidad de vida</li> <li>• Incrementar la autodeterminación o autocontrol de las personas usuarias</li> </ul>

Población destinataria	Referencia bibliográfica	Tipo de estudio	Descripción de la intervención	Objetivos evaluados
	Stancliffe, R.J. Keane, S. "Outcomes and Costs of Community Living: a Matched Comparison of Group Homes and Semi-Independent Living". <i>Journal of Intellectual and Developmental Disability</i> , 25, 4, 2000, pp. 281-305. [Id estudio 102]	Estudio controlado no aleatorio	Son fórmulas de alojamiento semi-independientes, de 1 a 4 personas viviendo juntas con apoyo profesional remunerado de manera frecuente a tiempo parcial y sin apoyo profesional a lo largo de la noche. De media la vivienda no cuenta con apoyo profesional remunerado durante al menos 28 horas por semana durante el día, mientras los usuarios están en el domicilio.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejorar la calidad de vida</li> <li>• Empoderamiento / incrementar la autoeficacia</li> <li>• Incrementar la autodeterminación o autocontrol de las personas usuarias</li> <li>• Reducir el coste</li> </ul>
	Stancliffe, R.J. Lakin, C. "Costs and Outcomes of Community Services for Persons with Intellectual and Developmental Disabilities". <i>Policy Research Brief</i> , 15, 1, 2004, pp. 12. [Id estudio 109]	Revisión de la literatura	No se detalla	Mejorar la calidad de vida
	Mansell, J. et al. "Deinstitutionalisation and Community Living: Position Statement of the Comparative Policy and Practice Special Interest Research Group of the International Association for the Scientific Study of Intellectual Disabilities". <i>Journal of Intellectual Disability Research</i> , 54, 2, 2010, pp. 104-112. [Id estudio 129]	Revisión de la literatura	<p>Esta intervención busca proporcionar a las personas con discapacidad el mismo tipo de alojamientos que están disponibles para el resto de la población, y proporcionar una buena calidad de vida, participando como ciudadanos de pleno derecho en actividades sociales, culturales y económicas en la medida en la que cada uno quiera.</p> <p>El alojamiento en la comunidad consiste en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Utilizar alojamiento ubicado entre el resto del población, que sea adecuado, apropiado y accesible al individuo</li> <li>-Utilizar el mismo tipo de opciones de alojamiento disponibles para la población general</li> <li>-Permitir a las personas, en la medida de lo posible, que elijan dónde, con quién y cómo quieren vivir</li> <li>-Proporcionar la ayuda necesaria para permitir que las personas con discapacidad participen satisfactoriamente en la comunidad.</li> </ul>	Reducir el coste

Población destinataria	Referencia bibliográfica	Tipo de estudio	Descripción de la intervención	Objetivos evaluados
	Mansell, J. Beadle-Brown, J. <i>Dispersed or Clustered. Housing for Disabled Adults: a Systematic Review</i> . Serie: Disability Research Series, 12, Dublin, National Disability Authority, 2008, pp. 151. [Id estudio 149]	Revisión de la literatura	Las fórmulas de alojamiento en la comunidad que se evalúan en este trabajo son viviendas de pequeño tamaño integradas en centros urbanos de población general. Esta revisión recoge datos de dos tipos de fórmulas de alojamiento en la comunidad: las fórmulas de vida independiente ( <i>supported living</i> ) y los hogares de grupo ( <i>small group home</i> ). Los hogares de grupo son viviendas de pequeño tamaño en propiedad de la entidad que gestiona el servicio y en la que convive un número reducido de personas con discapacidad con el apoyo de profesionales asalariados. Las fórmulas de vida independiente son la modalidad de alojamiento en la que la persona con discapacidad alquila o es dueña de una vivienda y recibe la atención domiciliaria y el apoyo personal que ella haya elegido.	Mejorar la calidad de vida
	Spreat, S. et al. "A Cost-Benefit Analysis of Community and Institutional Placements for Persons with Mental Retardation in Oklahoma". <i>Research in Developmental Disabilities</i> , 26, 1, 2005, pp. 17-31. [Id estudio 178]	Estudio controlado no aleatorio	Los servicios de alojamiento que se evalúan son servicios comunitarios y de carácter intermedio ( <i>ICFs/MR Intermediate care facilities for people with mental retardation</i> ).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incrementar la autodeterminación o autocontrol de las personas usuarias</li> <li>• Mejorar el estado de salud de las personas usuarias</li> </ul>
	Felce, D. Emerson, E. <i>Community Living. Costs, Outcomes, and Economies of Scale: Findings from U.K. Research. En: Costs and Outcomes of Community Services for People with Intellectual Disabilities</i> . Baltimore, Paul H. Brookes, 2005, pp. 45-62. [Id estudio 204]	Revisión de la literatura	No se detalla	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducir el coste</li> <li>• Mejorar la calidad de vida</li> </ul>
	Emerson, E. et al. <i>Costs and Outcomes of Community Residential Supports in England</i> ". En: <i>Costs and Outcomes of Community Services for People with Intellectual Disabilities</i> . Baltimore, Paul H. Brookes, 2005, pp. 151-174. [Id estudio 206]	Estudio pre-post sin grupo control	Se trata de viviendas con presencia de personal durante las 24 horas. Las viviendas tienen un diseño hogareño y están integradas en la comunidad.	Incrementar la autodeterminación o autocontrol de las personas usuarias

c) Aspectos metodológicos

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

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

Población destinataria	Tipo de estudio	Validez interna del estudio	Validez externa del estudio	Referencia
Personas mayores	Estudio controlado aleatorio	Pobre	Buena	Wimo, A. et al., 1995
	Estudio controlado no aleatorio	No se puede determinar	No aplicable	Ashton, T. Hempenstall, C., 2009
		Pobre	Limitada	O'Shea, E. y Costello, J., 1991
	Estudio pre-post sin grupo control	Pobre	Limitada	Baumker, T. et al., 2008
	Revisión de la literatura	No aplicable	No aplicable	Turning Point, 2010
Personas con discapacidad	Estudio controlado no aleatorio	Satisfactoria	Buena	Robertson, J. et al., 2004
				Felce, D. et al., 2008
				Stancliffe, R.J. Keane, S. 2000
				Spreat, S. et al., 2005
	Estudio pre-post sin grupo control	Satisfactoria	Buena	Emerson, E. et al., 2005
	Revisión de la literatura	No aplicable	No aplicable	Mansell, J. et al., 2007
				Stancliffe, R.J. Lakin, C., 2004
				Mansell, J. et al., 2010
				Mansell, J. Beadle-Brown, J, 2008
Felce, D. Emerson, E., 2005				

*d) Resultados de las intervenciones*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Población destinataria	Referencia	Conclusión sobre coste efectividad	Conclusiones
Personas mayores dependientes o en riesgo de dependencia	O'Shea, E. y Costello, J., 1991	Coste efectivo	El estudio ha comprobado que los hogares de acogida para personas mayores resultan ventajosos desde el punto de vista del coste, ofreciendo, supuestamente, una calidad de atención y unos resultados similares a los que se dan en viviendas comunitarias tradicionales. No obstante, este estudio no ha analizado los beneficios que aporta y, por lo tanto, no se hacen afirmaciones rotundas a este respecto.
	Ashton, T. Hempenstall, C., 2009	Coste efectivo	El servicio evaluado consigue mejores resultados para las personas usuarias (no medido expresamente) con un coste menor. En el caso de las personas mayores, concretamente, el ahorro se estima en 1.659 libras esterlinas anuales por unidad convivencial atendida.
	Turning Point, 2010	Coste efectivo	Son servicios coste-efectivos ya que permiten proporcionar a los usuarios un entorno estable de alta calidad (con acceso a servicios sociales y sanitarios) y de menor coste en comparación con otros servicios de alojamiento. La revisión de la literatura indica que los resultados del análisis coste-efectividad varían en función del colectivo que se atiende en la intervención.
Personas mayores dependientes	Baumker, T. et al., 2008	No dominante	<p>Los costes asociados a vivir en este centro (atención sanitaria, atención social, alojamiento y gastos diarios) son mayores que los que se tienen en el domicilio o en centros residenciales convencionales. No obstante, se obtienen mejoras significativas en la calidad de vida de las personas usuarias y también en su grado de satisfacción con la atención recibida. Asimismo, se consigue reducir la utilización de servicios sanitarios comunitarios y de apoyo informal.</p> <p>El tipo de alojamiento estudiado, a pesar de resultar efectivo a la hora de mejorar la calidad de vida y el grado de satisfacción de las personas usuarias de acuerdo con su propia percepción, y a pesar de reducir el uso de servicios sanitarios y la necesidad de apoyo informal, resulta más costosa que la atención habitual, por lo que, en principio, no puede decirse que sea coste-efectiva.</p>
Personas mayores con demencia	Wimo, A. et al., 1995	Coste efectivo	<p>En la línea de lo esperado, la fórmula de alojamiento comunitario evaluada es más barata que las residencias y más cara que la atención domiciliaria.</p> <p>La calidad de vida que se obtiene con el paso del tiempo es mayor en el grupo de intervención (fórmulas de alojamiento en comunidad) en comparación con la de los grupos de control (ayuda a domicilio y atención residencial).</p> <p>Las fórmulas de alojamiento en comunidad son coste-efectivas en comparación con la atención residencial, ya que permiten mejorar la calidad de vida de los usuarios a un menor coste que la intervención proporcionada en residencias.</p> <p>Si se compara con la ayuda a domicilio, se obtiene también una importante mejora en la calidad de vida, aunque a un coste ligeramente superior.</p>

Población destinataria	Referencia	Conclusión sobre coste efectividad	Conclusiones
Personas con discapacidad intelectual	Robertson, J. et al., 2004	Coste efectivo	<p>Las viviendas específicas tienen ratios de personal más altas y mejores prácticas de trabajo internas para elaborar planes individuales, evaluación y enseñanza, plan de actividades y apoyo profesional para los residentes. Estas mejoras se reflejan en un 21% de incremento en costes (atribuido principalmente a la alta ratio de profesionales).</p> <p>Sin embargo, esto no se refleja en beneficios para residentes a excepción de un mayor contacto con los profesionales como forma de interacción social.</p> <p>Los residentes en fórmulas de alojamiento específico tienen más probabilidad de recibir medicación psicoactiva, de estar sujetos a restricción física para controlar la conducta desafiante, de mostrar un deterioro en salud mental, de mostrar un deterioro en conducta desafiante y de mostrar un acceso más restringido a las actividades diarias.</p> <p>Los resultados sugieren que las fórmulas de alojamiento ordinario pueden ser más coste-efectivas que las fórmulas de alojamiento específicas para personas con problemas de conducta.</p> <p>Las viviendas específicas para personas con problemas de conducta están mejor dotadas que las ordinarias en cuanto a personal y presentan mayor calidad asistencial en cuanto a la elaboración de planes de atención y al contacto con el personal. No obstante, estas mejoras no se traducen en una mejor calidad de vida para las personas residentes. Por el contrario, las personas que viven en alojamientos específicos tienen mayor riesgo de estar sujetas a restricciones y de tener menos oportunidades de participar en las actividades de la vida diaria. Todo ello a un coste que resulta un 21% mayor que el de las viviendas ordinarias.</p>
	Mansell, J. et al., 2007	Coste efectivo	Diferentes estudios muestran que las fórmulas de alojamiento en la comunidad son más coste-efectivas que la atención hospitalaria o en grandes centros residenciales para la mayoría de las personas usuarias.
	Felce, D. et al., 2008	Coste efectivo	Los pisos semi-independientes tienen un menor coste que las viviendas asistidas y la auto-determinación y el grado de integración en la comunidad es mayor.
	Stancliffe, R.J. Keane, S., 2000	Coste efectivo	<p>Los grupos no presentaron puntuaciones diferentes en la mayoría de las variables analizadas. Se encontraron diferencias significativas favorables a las viviendas independientes en 5 de las 22 variables medidas: una menor falta de satisfacción social, un uso más frecuente y más independiente de recursos comunitarios, una mayor participación en tareas domésticas, y mayor empoderamiento.</p> <p>Se sugiere que la ausencia de personal no solamente facilita la libre elección sino que contribuye a la realización independiente de otras actividades.</p> <p>La menor ratio de personal en el grupo de intervención no estuvo asociada a peores resultados.</p> <p>El gasto por persona fue sustancialmente mayor para el grupo de control (viviendas de grupo).</p> <p>Los autores concluyen que, ya que los usuarios de viviendas semi-independientes obtienen una puntuación similar o mejor con menos apoyo de personal y a un menor coste, las fórmulas de alojamiento semi-independiente son más coste-efectivas que las viviendas de grupo.</p>

Población destinataria	Referencia	Conclusión sobre coste efectividad	Conclusiones
	Stancliffe, R.J. Lakin, C., 2004	Coste efectivo	<p>Los resultados muestran que los servicios más individualizados, como las fórmulas de alojamiento semi-independiente y con apoyo son más coste-efectivas que los servicios de alojamiento tradicionales.</p> <p>Este trabajo también revisa a grandes rasgos la implantación de la prestación económica individual para este colectivo y los buenos resultados de este tipo de intervención: mejora calidad de vida, menos conducta desafiante, más control y libertad, etc.</p> <p>Los datos de estudios que revisan la economía de escala (proceso mediante el cual los costes unitarios de producción disminuyen al aumentar la cantidad de unidades producidas) indican que ésta no tiene influencia en muchos servicios de alojamiento residencial y solamente tiene influencia en pequeñas unidades con personal remunerado con carácter continuo.</p> <p>Los autores concluyen que se pueden poner en marcha apoyos más individualizados sin necesariamente incrementar el coste medio por persona. Sin embargo, es poco probable que esto se consiga en residencias cada vez más pequeñas con personal a tiempo completo.</p>
	Mansell, J. et al., 2010	Coste efectivo	<p>Los estudios revisados muestran que los servicios basados en la comunidad son superiores a las instituciones en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Presencia y participación comunitaria</li> <li>- Redes y relaciones sociales</li> <li>- Contacto con la familia</li> <li>- Auto-determinación y elección</li> <li>- Calidad de vida</li> <li>- Conducta adaptativa</li> <li>- Opinión y satisfacción del usuario y de la familia</li> </ul> <p>Los usuarios de este tipo de alojamientos tienen, en general, más opción de elegir dónde quieren vivir y qué actividades diarias realizar en comparación con aquellos que viven en residencias.</p> <p>El análisis también muestra diferencias entre grupos en el diseño de los servicios y, en especial, en el rendimiento del personal. El rendimiento del personal y la necesidad de apoyo del usuario son los dos predictores principales de algunos beneficios.</p> <p>Las fórmulas de alojamiento en la comunidad ofrecen un estilo y una calidad de vida mejores en comparación con las residencias (tanto antiguas como de reciente creación).</p> <p>Los autores concluyen que la manera de proporcionar un buen servicio de alojamiento en la comunidad implica realizar con cuidado un plan de actuación acerca de las necesidades y los deseos de las personas individuales, y controlarlas constantemente y ajustar el servicio conforme sus necesidades y deseos se modifican.</p> <p>De acuerdo con la revisión realizada, los alojamientos comunitarios favorecen la integración social de las personas con discapacidad intelectual, mejoran su calidad de vida y, cuando se comparan con los servicios residenciales en términos de igual necesidad y calidad de la atención, no resultan más caros que éstos.</p>

Población destinataria	Referencia	Conclusión sobre coste efectividad	Conclusiones
	Mansell, J. Beadle-Brown, J, 2008	No dominante	<p>Los autores concluyen que las fórmulas de alojamiento en comunidad obtienen mejores resultados en diferentes indicadores de calidad de vida en comparación con la atención residencial.</p> <p>En relación al coste, las fórmulas de atención residencial tienen un coste menor que las fórmulas de alojamiento en comunidad debido al gasto atribuido al personal.</p> <p>Las fórmulas de alojamiento en comunidad no son coste-efectivas ya que, aunque se obtengan resultados positivos en calidad de vida, el coste de la intervención es mayor que en la atención residencial.</p>
	Spreat, S. et al., 2005	Coste efectivo	<p>A la luz de los datos, los autores concluyen que hay mayores niveles de integración en el grupo de personas que viven en fórmulas de alojamiento en comunidad y más oportunidades profesionales para las personas que conforman el grupo de control.</p> <p>El coste es significativamente menor en las fórmulas de alojamiento en comunidad en comparación con la atención residencial tradicional, ya que se invierte menos dinero en la actividad profesional de los usuarios así como en servicios de apoyo (ayuda doméstica, servicio de comida y enfermería). Los autores concluyen que este tipo de recurso es coste-efectivo ya que el coste es menor y las personas con retraso mental obtienen mejores resultados.</p>
	Felce, D. Emerson, E., 2005	No concluyente	<p>La revisión de la literatura indica que las fórmulas de alojamiento en comunidad obtienen mejores resultados en cuanto a calidad de vida. Sin embargo, el análisis de la relación entre el tamaño y coste del servicio no permite afirmar que el tamaño sea determinante. Los datos indican que pueden existir des-economías de escala sólo en viviendas de tres o menos plazas.</p> <p>Las fórmulas de alojamiento en la comunidad obtienen mejores resultados que los centros residenciales en cuanto a calidad de vida. No obstante, no se demuestra que ello sea a consecuencia de su menor tamaño ni de los recursos (personal) disponibles.</p>
	Emerson, E. et al., 2005	No dominante	<p>Los alojamientos comunitarios integrados en la comunidad obtuvieron buenos resultados en comparación con los campus residenciales y, en menor medida, también en comparación con los complejos residenciales. No obstante, su coste fue de 229 dólares por usuario y año más elevado que el de los primeros y 339 dólares por usuario y año mayor que el segundo. Por tanto, no se puede afirmar que sea una alternativa coste efectiva.</p> <p>Por el contrario, los complejos residenciales muestran una buena relación coste-efectividad. En comparación con las fórmulas de alojamiento en comunidad y los campus residenciales su coste es significativamente menor y entre sus resultados destacan el alcanzar un mayor tamaño de las redes sociales, una menor exposición a maltrato verbal y crímenes y un mayor número de días y de horas para actividades programadas.</p>

4.1.5. Servicios de ayuda a domicilio

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

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

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

Dos de los estudios recogen revisiones de la literatura, mientras que el tercero describe un estudio controlado de carácter no aleatorio. En lo que se refiere a los objetivos, los tres com-

parten el de retrasar o evitar la institucionalización, así como el de incrementar la satisfacción de las personas usuarias. Dos de ellos establecen también como objetivo el de reducir el coste de los servicios, mientras que el tercero –orientado a las personas cuidadoras– establece también como objetivo el de reducir la carga de trabajo de estas personas. Los criterios de calidad metodológica sólo son comparables al estudio controlado no aleatorio: la validez interna de ese estudio se ha considerado satisfactoria y su validez externa buena.

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

En lo que se refiere al retraso de la institucionalización, tanto el estudio de Pickard (2003) como el de Wright (1987) ofrecen resultados positivos, aunque muy condicionados por las características de la atención efectivamente prestada a domicilio y por las características de las personas atendidas.

La tabla siguiente recoge los principales resultados de los tres estudios analizados en relación al análisis de coste-efectividad. La revisión de la literatura realizada por Wright en 1987 ponía ya de manifiesto el carácter coste-efectivo de la atención domiciliaria para la mayoría de las

personas mayores, si bien la atención residencial se considera más coste-efectiva para las personas con limitaciones más severas. Por su parte, la revisión de la literatura realizada por Pickard en 2003 no ofrece resultados concluyentes al respecto, ya que considera que existen otros servicios que pueden resultar más coste-efectivos. El estudio de Chappell (2004), el único de los revisados que se basa en una investigación específica pone de manifiesto, en cualquier caso, el carácter coste-efectivo de la intervención analizada, en la medida en que demuestra que la ayuda a domicilio puede proporcionar niveles semejantes de calidad de vida y una mayor satisfacción con los cuidados recibidos a un coste menor que la atención residencial.

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

Referencia	Conclusiones sobre coste-efectividad	Conclusiones
Wright, K., 1987	Coste efectivo	<p>La atención a domicilio es el tipo de intervención más coste-efectiva para la mayoría de las personas mayores.</p> <p>La atención residencial es coste-efectiva para personas con dificultad para manejarse de manera independiente en el domicilio debido a su discapacidad mental o física o por un grave aislamiento social.</p> <p>El coste de la atención residencial no parece estar asociado a la calidad de la atención prestada.</p>
Chappell, N.L. et al., 2004	Coste efectivo	<p>El estudio muestra que la ayuda a domicilio puede proporcionar niveles semejantes de calidad de vida y una mayor satisfacción con los cuidados recibidos a un coste menor que la atención residencial, por lo que se considera un servicio coste-efectivo.</p> <p>Los resultados muestran la importancia fundamental de tener en cuenta los costes para los cuidadores informales a la hora de analizar el coste-eficacia de la atención domiciliaria. La aportación de las familias osciló entre la mitad del coste de la atención formal prestada por el sistema y el doble de dicho coste.</p>
Pickard, L., 2003	No concluyente	<p>El servicio de ayuda a domicilio tiene un efecto positivo sobre los cuidadores/as informales, reduciendo su grado de estrés. Hay indicios sobre su efectividad a la hora de reducir la carga percibida por los cuidadores/as aunque otros servicios (respiro residencial y CD) pueden resultar más coste-efectivos en este sentido. Se trata de un servicio que puede retrasar la institucionalización de las personas mayores y que es altamente valorado tanto por los usuarios/as como por sus cuidadores/as.</p> <p>Con todo, no se ha demostrado claramente que el servicio resulte coste-efectivo a la hora de reducir la carga de las personas cuidadoras.</p>

#### *4.1.6. Programas orientados a la prevención de caídas*

La revisión realizada ha detectado un número relativamente importante de programas de prevención de caídas destinados a personas mayores. Si bien no puede decirse que, estrictamente hablando, este tipo de intervenciones sea característico o distintivo de las intervenciones de naturaleza comunitaria, se ha considerado de interés su inclusión en esta revisión en la medida en que se trata de programas preventivos, de carácter sociosanitario, directamente orientados a facilitar la permanencia de las personas mayores en su domicilio, evitando el riesgo de institucionalización y de deterioro de la salud y la calidad de vida de las personas mayores.

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

Desde el punto de vista de las personas usuarias, se trata de la línea de intervención más homogénea, ya que los seis artículos referenciados se orientan a personas mayores en riesgo de dependencia. En cuanto a los aspectos metodológicos, la diversidad es por el contrario muy amplia: encontramos así un estudio exploratorio, un estudio de carácter teórico, dos estudios controlados de carácter aleatorio, un estudio pre y post con grupo de control, y una revisión de la literatura<sup>9</sup>. La tabla siguiente recoge las principales características de estos estudios desde el punto de vista metodológico.

---

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

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

Tipo de estudio	Validez interna del estudio	Validez externa del estudio	Conclusiones en cuanto a coste-efectividad	Referencia
Revisión de la literatura	No aplicable	No aplicable	Coste efectivo	Davis, J.C. et al. 2010
Estudio controlado aleatorio	Buena	Buena	No dominante	Irvine, L. et al., 2010
	Satisfactoria	Buena	No dominante	Robertson M.C. et al., 2001
Estudio pre-post sin grupo control	Pobre	Limitada	No concluyente	Wagner, L.M. et al., 2007
Estudio exploratorio	Pobre	Buena	Coste efectivo	Hektoen, L.F. et al., 2009
Estudio teórico	No aplicable	No aplicable	Coste efectivo	Frick, K.D. et al., 2010

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

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

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

Referencia bibliográfica	Tipo de estudio	Población destinataria	Descripción de la intervención	Objetivos evaluados
Hektoen, L.F. et al. "Cost-Effectiveness in Fall Prevention for Older Women". <i>Scandinavian Journal of Public Health</i> , 37, 6, 2009, pp. 584-589. [Id estudio 125]	Estudio exploratorio	Personas mayores en riesgo de dependencia	No se describe	Reducir el uso de servicios sanitarios
Frick, K.D. et al. "Evaluating the Cost Effectiveness of Fall Prevention Programs that Reduce Fall Related Hip Fractures in Older Adults". <i>Journal of the American Geriatrics Society</i> , 58, 1, 2010, pp. 136-141. [Id estudio 130]	Estudio teórico	Personas mayores en riesgo de dependencia	Se analizaron siete tipos de intervenciones de prevención de caídas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• modificación/retirada de medicación psicotrópica,</li> <li>• tai-chi en grupo,</li> <li>• suplemento de vitamina D,</li> <li>• ejercicios musculares y de equilibrio,</li> <li>• adaptaciones de la vivienda,</li> <li>• programas individualizados multifactoriales para personas mayores,</li> <li>• tratamientos individualizados multifactoriales para personas mayores frágiles de alto riesgo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevención de caídas</li> <li>• Mejorar el estado de salud de las personas usuarias</li> </ul>
Irvine, L. et al. "Cost Effectiveness of a Day Hospital Falls Prevention Programme for Screened Community Dwelling Older People at High Risk of Falls". <i>Age and Ageing</i> , 39, 6, 2010, pp. 710-716. [Id estudio 152]	Estudio controlado aleatorio	Personas mayores en riesgo de dependencia	El servicio de prevención de caídas se proporciona en centros de atención diurna y consiste en realizar un examen médico, en entrenar a las personas mayores en técnicas de equilibrio y fuerza, en evaluar los peligros del hogar y en derivar a otros especialistas en caso de que sea necesario. Además del propio programa de prevención de caídas, los participantes pueden recibir servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y servicios de enfermería.	Prevención de caídas

Referencia bibliográfica	Tipo de estudio	Población destinataria	Descripción de la intervención	Objetivos evaluados
Wagner, L.M. et al. "Description of an Advanced Practice Nursing Consultative Model to Reduce Restrictive Side-rail Use in Nursing Homes". <i>Research in Nursing and Health</i> , 30, 2, 2007, pp. 131-140. [Id estudio 170]	Estudio pre-post sin grupo control	Personas mayores en riesgo de dependencia	Las enfermeras especializadas realizan una evaluación de las personas mayores que están en residencias y utilizan barandillas de seguridad en las camas. Estas profesionales proponen una serie de recomendaciones de cara a la eliminación de este tipo de ayudas técnicas.	Prevención de caídas
Davis, J.C. et al. "Does a Home-Based Strength and Balance Programme in People Aged $\geq$ 80 Years Provide the Best Value for Money to Prevent Falls? A Systematic Review of Economic Evaluations of Falls Prevention Interventions". <i>British Journal of Sports Medicine</i> , 44, 2, 2010, pp. 80-89. [Id estudio 222]	Revisión de la literatura	Personas mayores en riesgo de dependencia	Se analizan distintos tipos de servicios de prevención de caídas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programas multifactoriales individualizados</li> <li>• Programas multifactoriales dirigidos a toda la población de un determinado ámbito geográfico.</li> <li>• Programas de entrenamiento para el fortalecimiento y mejorar el equilibrio</li> <li>• Programas de evaluación de la seguridad del domicilio y adaptación del entorno para reducir de riesgos/obstáculos</li> <li>• Operación de cataratas</li> </ul>	Prevención de caídas
Robertson M.C. et al. Economic evaluation of a community based exercise programme to prevent falls. <i>Journal of Epidemiology and Community Health</i> , vol. 55, nº 8, 2001. [Id estudio 237]	Estudio controlado aleatorio	Personas mayores en riesgo de dependencia	Se trata de un programa de ejercicio para fortalecer la musculatura y mejorar el equilibrio. Un fisioterapeuta realiza cuatro visitas domiciliarias a las personas usuarias y les prepara un plan individualizado de ejercicios. Se espera que las mujeres realicen estos ejercicios tres veces a la semana (aprox. 30 minutos de duración cada vez) y salgan a caminar otros tres días (30 minutos cada vez).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevención de caídas</li> <li>• Mejorar el estado de salud de las personas usuarias</li> <li>• Reducir el uso de servicios sanitarios</li> </ul>

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

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

Los dos estudios controlados aleatorios realizados muestran resultados claramente divergentes. Según el estudio de Irvine et al. (2010), las diferencias en el número de caídas entre el grupo que participó en la intervención y el grupo de control no fueron significativas. A pesar de que el número de caídas en el grupo de intervención fue de 260 y en el grupo control de 417, la media anual de caídas por persona fue similar en ambos grupos. Para el grupo de intervención la media anual de caídas fue de 2,07 y para el grupo de control fue de 2,85. El otro estudio controlado (Robertson et al., 2010) ofrece conclusiones radicalmente distintas: en ese caso, el riesgo de caída en el grupo de intervención fue 12% menor que en el grupo de control durante el primer año y un 50% menor a lo largo de los dos años de estudio. Además, el riesgo de sufrir heridas como consecuencia de las caídas fue un 39% menor en el grupo de intervención durante el primer año, y un 37% menor a lo largo de los dos años de intervención. Ese estudio, sin embargo, no detectó resultados positivos en lo que se refiere a la reducción en el uso de servicios hospitalarios.

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

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

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

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

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

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

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

Referencia	Conclusiones sobre coste-efectividad	Conclusiones
Hektoen, L.F. et al., 2009	Coste efectivo	Se consigue un ahorro económico gracias a la prevención de caídas que resultan en un considerable coste sanitario y social.
Frick, K.D. et al., 2010	Coste efectivo	Se analiza los beneficios asociados a las roturas de cadera en personas mayores en términos de QALYs y el coste de los programas. Los principales resultados son: <ul style="list-style-type: none"> <li>• El control de medicación y el tai-chi son los programas menos caros y más efectivos.</li> <li>• En segundo lugar, los programas de suplemento de vitamina D y de adaptación de la vivienda son los siguientes menos caros y más efectivos. No obstante, los autores señalan la necesidad de valorar la utilidad de los distintos tipos de intervención en cada caso. Por ejemplo, aunque la suplementación con vitamina D puede resultar más coste efectiva que la adaptación de viviendas, su utilidad probablemente se limite a aquellos casos en los que existe una deficiencia de esa vitamina, mientras que la adaptación de las viviendas puede ser útil para una mayor proporción de personas.</li> </ul>
Irvine, L. et al., 2010	No dominante	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El servicio de prevención de caídas tiene como resultado un menor número de caídas en el grupo de intervención pero no se diferencia significativamente del grupo de control. En concreto, la intervención evaluada permite evitar unas 0.17 caídas al año por persona (la media de caídas por persona y año se reduce de 2.24 a 2.07).</li> <li>• En relación al coste, se trata de un servicio más costoso y los resultados indican que el coste incremental por cada caída evitada asciende a £3.320. El coste en atención sanitaria para el grupo de intervención (£1.722) es mayor que el del grupo de control (£1.659) pero las diferencias entre grupos no son estadísticamente significativas.</li> <li>• Los autores concluyen que el programa de prevención de caídas en el ámbito hospitalario reduce el número de caídas (aunque no de forma significativa) a un mayor coste que la atención ordinaria, por lo que no se trata de un servicio coste-efectivo.</li> </ul>
Wagner, L.M. et al., 2007	No concluyente	El estudio no recoge información sobre si se reduce el número de caídas gracias a la intervención, solamente presenta datos descriptivos de la intervención y del coste de la misma.
Davis, J.C. et al. 2010	Coste efectivo	Los programas analizados consiguen prevenir caídas a un coste razonable, en la mayoría de los casos. Hay tres programas que ofrecen ahorro de costes en diferentes subgrupos de participantes: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un programa multifactorial (centrado en la evaluación de riesgos, el ejercicio, la modificación de la conducta y la modificación de la medicación) que identifica ocho factores de riesgo de caídas y resulta coste-efectiva para aquellas personas que presentan más de 4 de esos factores.</li> <li>• El Otago exercise programme (entrenamiento en fortalecimiento muscular y equilibrio) para personas de 80 o más años.</li> <li>• Un programa de adaptación de la vivienda para aquellos que acaban de regresar al domicilio tras una hospitalización por caída previa.</li> </ul>

Referencia	Conclusiones sobre coste-efectividad	Conclusiones
Robertson M.C. et al., 2001	No dominante	El programa de ejercicio evaluado tuvo un impacto positivo en la percepción de las personas participantes sobre su funcionamiento físico y redujo notablemente el riesgo de caída y de sufrir heridas importantes como consecuencia de esas caídas. No obstante, no se detectó una disminución significativa en el uso de servicios sanitarios como consecuencia del programa. Esto significa que el programa no supone un ahorro económico: prevenir una caída tuvo un coste de 207,24 \$ en el primer año de intervención y de 174,9 \$ tras dos años. El coste de prevenir cada caída que resultó en heridas importantes fue de 301,6 \$ el primer año y de 281,2 \$ tras dos años.

#### *4.1.7. Servicios de atención diurna*

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

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

El objetivo más habitual de las intervenciones analizadas es el de mejorar o mantener la capacidad funcional de las personas atendidas, si bien, en algunas de las intervenciones analizadas, se señalan también otros objetivos como los de mejorar el estado de salud de las personas usuarias, incrementar su nivel de satisfacción o reducir la carga de trabajo de las personas cuidadoras. También se señalan como objetivos de estas intervenciones los de mejorar la calidad de vida de las personas atendidas y retrasar o evitar la institucionalización. La descrip-

ción de las intervenciones coincide en general con las características habituales que tienen, en nuestro contexto, los centros de día asistenciales para personas mayores. En todos los casos en los que se refiere el perfil de los profesionales implicados, se hace referencia a un equipo multidisciplinar.

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

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

Referencia bibliográfica	Tipo de estudio	Población destinataria	Descripción de la intervención	Objetivos evaluados
Tousignant, M. et al. "Economic Evaluation of a Geriatric Day Hospital: Cost-Benefit Analysis Based On Functional Autonomy Changes". <i>Age and Ageing</i> , 32, 1, 2003, pp. 53-59. [Id estudio 67]	Estudio pre-post sin grupo control	Personas mayores dependientes	Es un centro de día para 25 usuarios	Mejorar o mantener la capacidad funcional
Gaugler, J.E. et al. "Evaluating Community-Based Programs for Dementia Caregivers: the Cost Implications of Adult Day Services". <i>Journal of Applied Gerontology</i> , 22, 1, 2003, pp. 118-133. [Id estudio 68]	Estudio controlado no aleatorio	Personas mayores dependientes	Centros de día que proporcionan servicios fuera del domicilio, tales como actividades terapéuticas, control de la salud, socialización, atención médica, y transporte.	Reducir la carga de trabajo de las personas cuidadoras
Wimo, A. et al. "Cost-Effectiveness Analysis of Day Care for Patients with Dementia Disorders". <i>Health Economics</i> , 3, 6, 1994, pp. 395-404. [Id estudio 217]	Estudio controlado aleatorio	Personas mayores con demencia	Son centros en los que se atiende en horario diurno en pequeños grupos a personas mayores con demencia. Los centros, que pueden ser unidades independientes o formar parte de hospitales, están orientados a proporcionar actividades, supervisión e interacción social entre los usuarios. Uno de los objetivos de la intervención es proporcionar alivio a los familiares que se puedan sentir sobrecargados en su rol de cuidador informal.	Mejorar la calidad de vida
Pickard, L. <i>The Effectiveness and Cost-Effectiveness of Support and Services to Informal Carers of Older People. A Review of the Literature Prepared for the Audit Commission</i> . Londres, Audit Commission, 2003, pp. 90. [Id estudio 228]	Revisión de la literatura	Personas mayores dependientes	Son servicios de atención comunitaria con presencia de cuidadores remunerados o voluntarios en un entorno fuera del domicilio. Los usuarios son llevados y traídos al servicio y la atención proporcionada es de un mínimo de 4 horas diarias.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejorar la calidad de vida</li> <li>• Retrasar o evitar la institucionalización</li> <li>• Incrementar el grado de satisfacción de las personas usuarias</li> <li>• Mejorar el estado de salud de las personas usuarias</li> </ul>

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

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

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

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

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

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

Referencia	Conclusión sobre coste-efectividad	Conclusiones
Zapiain, A., 1999	Coste efectivo	La residencia es el recurso de mayor rentabilidad social y lo seguirá siendo aún en mayor medida a pesar de su mayor coste. A juicio del autor, ante el dilema entre gasto y rentabilidad, se aboga por la opción de los centros de día, capaces de conjugar un coste razonable con una utilidad aceptable.
Tousignant, M. et al., 2003	Coste efectivo	Los resultados del análisis coste-beneficio indican que por cada dólar invertido en la intervención analizada el beneficio para la sociedad es de \$2,14. El beneficio fue un 114% mayor que el coste.
Gaugler, J.E. et al., 2003	No concluyente	A los 3 meses, una mejoría de 1 punto en la escala que mide la carga de las personas cuidadoras supuso un gasto de 6,38 \$. Una mejoría de 1 punto en la escala de depresión, por su parte, tuvo un coste de 2,90 \$. Al año, estos costes se reducirían a 4,51 \$ para mejorar la sobrecarga en 1 punto y a 2,20 \$ para una mejora en la depresión

Referencia	Conclusión sobre coste-efectividad	Conclusiones
Artaso, B. et al., 2002	No dominante	<p>Los resultados son similares a otros de la literatura y los autores señalan que la decisión de la institucionalización no sólo se relaciona con la gravedad de la enfermedad sino que también con variables del cuidador. El ingreso en residencias se produce en mayor porcentaje en el grupo de intervención y esto se puede explicar por el hecho de que si un cuidador decide llevar a su familiar a un centro de día, ya se muestra una determinada actitud hacia la utilización de recursos formales que podría considerarse como el paso previo a la institucionalización. Además, el contacto con los recursos formales también les facilita la información y el acceso a recursos residenciales.</p> <p>En cuanto a efectividad, los resultados no permiten afirmar que dicho recurso modifique la evolución natural de la enfermedad, con lo que se produce un deterioro cognitivo y funcional progresivo a lo largo del año del estudio al igual que en el grupo control.</p> <p>El centro de día no modifica de forma significativa la calidad de vida ni la sobrecarga del cuidador. Sin embargo, la satisfacción de los cuidadores del grupo tratamiento es mayor que los del grupo control</p> <p>Se puede concluir que los CD suponen mayores costes; no obstante, no mejoran de forma significativa el estado de salud de los pacientes ni la situación del cuidador. Únicamente la satisfacción con los cuidados es mayor entre los familiares de los pacientes que acuden a este tipo de recursos intermedios.</p>
Wimo, A. et al., 1994	Coste efectivo	<p>Aunque no se detectaron diferencias significativas entre grupos en la escala utilizada para medir la calidad de vida, sí se observaron mejoras en algunas capacidades funcionales y en el estado de ánimo.</p> <p>Además, se constató que el coste de la atención diurna resultaba menor que la de los servicios comunitarios (atención domiciliaria) habituales.</p>
Pickard, L., 2003	No concluyente	<p>Los resultados de la revisión de la literatura sobre la eficacia de los servicios son contradictorios. No obstante, un estudio muestra que los servicios de día pueden ser coste-efectivos para personas mayores en general y especialmente personas con discapacidad cognitiva y problemas de conducta ya que alargan la estancia de la persona en la comunidad y se reduce la carga del cuidador.</p>

#### 4.1.8. *Servicios de respiro*

##### a) *Resultados generales*

Tres revisiones de la literatura relativamente recientes han analizado la efectividad y la relación coste-efectividad de los servicios de respiro, llegando a conclusiones contradictorias. Uno de ellos, (Pickard, L., 2003) que ha analizado los estudios publicados sobre modalidades residenciales y domiciliarias de respiro para personas mayores, llega a la conclusión de que se

trata de servicios coste-efectivos, mientras que una revisión posterior (Mason, A. et al., 2007) no encuentra pruebas suficientes en este sentido, sino que, más bien al contrario, concluye que, en general, no se trata de servicios coste efectivos. Finalmente, una revisión realizada en 2004 sobre servicios de respiro para personas mayores con demencia (Arksey, H. et al., 2004), concluye que no existe evidencia suficiente sobre la coste-efectividad de los servicios de respiro para este colectivo. La evidencia científica, por tanto, no es en absoluto concluyente sobre este tipo de intervenciones.

*b) Descripción de las intervenciones*

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

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

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

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

*c) Aspectos metodológicos*

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

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

Tipo de estudio	Búsqueda sistemática	Protocolos de búsqueda y extracción de la información	Referencia
Revisión de la literatura	No	Sí	Arksey, H. et al., 2004
	Sí	Sí	Mason, A. et al, 2007
	No	No	Pickard, L., 2003

*d) Resultados de las intervenciones*

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

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

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

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

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

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

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

*e) La relación coste efectividad de los programas de respiro*

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

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

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

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

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

Población destinataria	Referencia	Conclusiones sobre coste-efectividad	Conclusiones
Personas mayores dependientes o en riesgo de dependencia	Mason, A. et al, 2007	No coste-efectivo	<p>Los estudios analizados indican que los servicios de respiro generalmente tienen un efecto mínimo a la hora de reducir la sobrecarga de trabajo de las personas cuidadoras, o de mejorar su salud física y mental.</p> <p>No obstante, las personas usuarias y sus cuidadores muestran elevados niveles de satisfacción con el servicio.</p> <p>Existen muy pocos estudios sobre la relación coste-efectividad de los servicios de respiro. Los cinco estudios de coste-efectividad detectados han analizado los servicios de día. De acuerdo con estos estudios, el servicio resulta tanto o más costoso que los cuidados habituales con los que se compara.</p> <p>Dado que los beneficios no parecen ser muy destacables y el coste resulta mayor que el de los cuidados habituales, no se puede concluir que la provisión de atención diurna como servicio de respiro sea coste-efectiva. No obstante, hay que tener en cuenta que se han podido detectar muy pocos estudios y que la mayoría tienen problemas metodológicos, por lo que debe considerarse que no existe suficiente evidencia en uno u otro sentido.</p>
	Pickard, L., 2003	Coste efectivo	<p>Aunque las investigaciones revisadas en algunos casos arrojan resultados contradictorios, se puede decir que los servicios de respiro en residencias sí son coste-efectivos a la hora de reducir los efectos psicológicos negativos que la atención a personas mayores provoca en los cuidadores informales; son eficaces a la hora de reducir la percepción de la carga de trabajo de los cuidadores/as; pueden retrasar la institucionalización de las personas mayores, especialmente cuando están al cuidado de sus hijos/as y consiguen un elevado grado de satisfacción de las personas usuarias.</p> <p>Por el contrario, no hay evidencias suficientes para decir que los servicios de respiro a domicilio (<i>sitters services</i>) sean coste-efectivos.</p>
Personas mayores con demencia	Arksey, H. et al., 2004	No concluyente	<p>Los estudios analizados proporcionan resultados confusos y en ocasiones contradictorios. La evidencia sobre la eficacia y coste-eficacia de los servicios de respiro y las cortas estancias es limitada.</p> <p>Los autores señalan que es importante tener en cuenta que la falta de evidencia sobre la eficacia no significa que este tipo de servicios sean ineficaces.</p> <p>Los servicios de día y los paquetes de apoyo multidimensional pueden proporcionar grandes beneficios a cuidadores y receptores de cuidados pero sus costes asociados pueden ser altos.</p> <p>Solamente uno de los estudios revisados analiza los años de vida ajustados por calidad (AVAC) y concluye que el coste de un paquete combinado de servicios de respiro es comparado favorablemente con otras intervenciones de atención sanitaria y que puede presentar una buena relación calidad-precio.</p> <p>Los estudios revisados presentan limitaciones metodológicas que no permiten conocer cómo de coste-efectivos son los servicios de respiro para personas con demencia.</p>

#### 4.1.9. Servicios comunitarios en general

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

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

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

Referencia bibliográfica	Tipo de estudio	Población destinataria	Descripción de la intervención	Objetivos evaluados
Lakin, K.C. et al. "Home and Community-Based Services. Costs, Utilization, and Outcomes." <i>En: Costs and Outcomes of Community Services for People with Intellectual Disabilities</i> . Baltimore, Paul H. Brookes, 2005, pp. 91-127. [Id estudio 205]	Estudio controlado no aleatorio	Personas con discapacidad intelectual	Son programas que tienen como objetivo apoyar y atender a personas con discapacidad intelectual en sus domicilios o comunidades como alternativa a la atención residencial que se considera más costosa. Desde este tipo de servicios se proporciona una amplia gama de recursos: apoyos en el domicilio, servicios de día, trabajo protegido, servicios de respiro, ayudas técnicas, modificaciones en el domicilio, transporte, asistencia en crisis, y diferentes programas de formación y asesoramiento.	Reducir el coste
Greene, V.L. et al. <i>Reducing Nursing Home Use Through Community Long-Term Care: An Optimization Analysis Using Data From the National Channeling Demonstration</i> . Washington, U.S. Department of Health and Human Services, 1992, pp. 35. [Id estudio 212]	Estudio controlado aleatorio	Personas mayores dependientes o en riesgo de dependencia	Se trata de los servicios comunitarios habituales	Retrasar o evitar la institucionalización

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

El segundo estudio (Greene, et al. 1992) pretende averiguar si resulta posible reducir el uso de servicios residenciales en la población haciendo un mayor uso de servicios comunitarios y sin incrementar el coste de éstos. El modelo pretende mostrar cómo habría que configurar el servicio, teóricamente, para minimizar la tasa de residencialización de la población, es decir, a qué tipos de perfiles habría que orientar el servicio para que fuera lo más eficiente posible a la hora de evitar la institucionalización. Al comparar esta configuración teórica con la que se da en la práctica se logra conocer la naturaleza de las ineficiencias actuales, y se realizan recomendaciones para corregirlas. La principal variable de resultado fue el riesgo de residencialización, que se calculó a partir de la probabilidad de que un individuo de la muestra se encontrara en una residencia en un momento dado. Las variables dependientes fundamentales fueron el uso de servicios comunitarios (horas mensuales de atención recibidas), incluida la atención sanitaria domiciliaria y la atención social (apoyo para tareas personales y domésticas). La información sobre los servicios utilizados se recogió mediante cuestionario, a los 6 y 12 meses de intervención.

Los resultados del estudio de Greene muestran que los servicios comunitarios pueden reducir considerablemente la utilización de servicios residenciales cuando los recursos se dirigen a la población adecuada. También se observa que los sistemas de asignación de recursos co-

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

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

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

#### *4.1.10. Servicios de rehabilitación*

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

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

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

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

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

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

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

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

#### *4.1.11. Recapacitación a domicilio*

##### *a) Resultados generales*

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

##### *b) Descripción de las intervenciones*

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

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

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

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

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

c) *Aspectos metodológicos*

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

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

Tipo de estudio	Validez interna del estudio	Validez externa del estudio	Conclusiones en cuanto a coste-efectividad	Referencia
Estudio controlado no aleatorio	Satisfactoria	Limitada	No dominante	McLeod, B. Mair, M., 2009
Estudio exploratorio	Pobre	Buena	No dominante	Le Mesurier, N., 1998

d) *Eficacia de los programas analizados*

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

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

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

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

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

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

*e) Conclusiones en términos de coste eficacia*

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

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

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

Referencia	Conclusiones sobre coste-efectividad	Conclusiones
Le Mesurier, N., 1998	No dominante	El servicio de re-capacitación en el domicilio es exitoso ya que permite proporcionar una intervención rehabilitadora flexible y adaptada a cada cliente. Se trata de un servicio eficaz a la hora de reducir el nivel de dependencia de las personas usuarias. En una quinta parte de las personas usuarias desaparece la dependencia que motivó la intervención y los que tienen un nivel de dependencia bajo se duplican respecto al inicio de la misma.  Aunque el coste del servicio es ligeramente superior al de la ayuda a domicilio habitual, al final de la intervención los usuarios requieren una menor intensidad de atención, por lo que se consigue un ahorro en términos económicos.
McLeod, B. Mair, M., 2009	No dominante	Se consiguió una reducción del 41% en el número de horas de atención domiciliaria necesarias para el grupo de intervención, con un coste adicional de 240 libras por persona usuaria, es decir, con un incremento del coste del servicio del 29,6%.

#### *4.1.12. Servicios de acompañamiento*

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

Se trata de un programa británico orientado a personas cuidadoras informales, y tiene por objeto mejorar la calidad de vida de estas personas. El servicio de acompañamiento consiste en que los cuidadores informales tienen acceso a una persona voluntaria que proporciona apoyo de tipo emocional (conversación, compañía, etc.). El apoyo proporcionado no consis-

te en realizar tareas de cuidado de la persona dependiente, ni tampoco se proporciona asesoramiento especializado. Se trata de un estudio controlado de carácter aleatorio; la validez externa del estudio es buena y la calidad interna satisfactoria.

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

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

En lo que se refiere al cumplimiento de los objetivos, los resultados del estudio muestran que no hay diferencias significativas entre el grupo que recibe el servicio y el grupo de comparación en variables tales como ansiedad del cuidador, soledad, afecto positivo y estado de salud. Tampoco en relación a la calidad de vida medida en AVAC (años de vida saludable ganados gracias a la intervención) muestra el estudio diferencias significativas entre el grupo de control y el de intervención. En concreto, se indica que los AVAC obtenidos para los cuidadores informales gracias a la intervención son de 0,946, mientras que en el grupo de control la intervención tradicional ha permitido obtener 0,929 AVAC. Además, los autores indican que, en el caso de las personas dependientes, la intervención obtiene 0,365 AVAC de ganancia y el resultado de la intervención del grupo de control es de 0,314 AVAC ganados.

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

que la intervención sea coste-efectiva es del 42% a una disposición social a pagar de menos de 30.000 libras esterlinas por AVAC.

## **4.2. Coordinación socio-sanitaria**

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

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

### *4.2.1. Programas de gestión de casos*

#### *a) Resultados generales*

Se han encontrado en la revisión realizada ocho trabajos de investigación que han evaluado la relación coste-efectividad de la gestión de casos como fórmula de coordinación de la aten-

ción prestada a personas mayores dependientes y/o a personas con discapacidad. Siete de ellas, el 87,5%, concluyen que este tipo de intervención es coste-efectiva, lo que supone un elevado porcentaje en comparación con el conjunto de las intervenciones analizadas. Por su parte, una revisión de la literatura realizada en 2010, encuentra estudios que se inclinan en ambos sentidos y concluye que no hay evidencia suficiente para afirmar si este tipo de intervenciones son o no coste-efectivas.

*b) Descripción de las intervenciones*

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

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

Una de las intervenciones incluidas (Clarkson, et al., 2010) es un tanto especial y no se ajusta totalmente a la descripción que se acaba de realizar, ya que se dirige a una población con necesidades especialmente leves, que normalmente no tendría acceso a los servicios sociales, ni a la gestión de casos en Inglaterra<sup>10</sup>. A estas personas se les ofrece una alternativa a la gestión de casos habitual, en la que ellos mismos evalúan sus necesidades con ayuda de un facilitador (con una cualificación profesional inferior a la de trabajador/a social) y se les asesora sobre los servicios comunitarios (no públicos) disponibles para ellos.

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

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

---

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

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

Referencia bibliográfica	Tipo de estudio	Población destinataria	Descripción de la intervención	Objetivos evaluados
Bernabei, R. et al. "Randomised Trial of Impact of Model of Integrated Care and Case Management for Older People Living in Community". <i>British Medical Journal</i> , 316, 1998, pp. 1348-1351. [Id estudio 194]	Estudio controlado aleatorio	Personas mayores dependientes o en riesgo de dependencia	La intervención consiste en que una unidad de evaluación geriátrica comunitaria y los médicos de atención básica realizan la gestión de casos y elaboran planes de caso. La unidad de evaluación está compuesta por un geriatra, un trabajador social y varias enfermeras.  Los gestores de caso realizan la evaluación inicial y el seguimiento bimensual, controlan la provisión de servicios y garantizan la provisión de ayuda extraordinaria a demanda de los usuarios o de los médicos implicados.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retrasar o evitar la institucionalización</li> <li>• Mejorar o mantener la capacidad funcional</li> <li>• Reducir el coste</li> </ul>
Turning Point. <i>Benefits Realisation: Assessing the Evidence for the Cost Benefit and Cost Effectiveness of Integrated Health and Social Care</i> . Londres, Turning Point, 2010, pp. 54. [Id estudio 236]	Revisión de la literatura	Personas mayores dependientes o en riesgo de dependencia	La gestión de casos tiene por objetivo mejorar la atención a personas usuarias con enfermedades crónicas o que precisan atención social y sanitaria. La característica distintiva de estos modelos es que existe la figura de un gestor de caso que se ocupa de facilitar el itinerario de la persona usuaria dentro de los sistemas de atención social y sanitaria, funcionando como puente entre ambos sistemas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducir el coste</li> <li>• Reducir el uso de servicios hospitalarios</li> </ul>
Leung, A.C. et al. "Cost-Benefit Analysis of a Case Management Project for the Community-Dwelling Frail Elderly in Hong Kong". <i>Journal of Applied Gerontology</i> , 23, 1, 2004, pp. 170-185. [Id estudio 177]	Estudio controlado aleatorio	Personas mayores dependientes	Los usuarios reciben los siguientes servicios por parte de un gestor de casos (trabajador social y/o enfermera): <ul style="list-style-type: none"> <li>- Visitas frecuentes (generalmente 2 veces por semana) y consultas telefónicas</li> <li>- Evaluaciones geriátricas exhaustivas</li> <li>- Plan de actuación (diseño, puesta en marcha y evaluación)</li> <li>- Derivación a servicios sociales y de salud</li> <li>- Supervisión mensual del estado de salud y protocolo electrónico de hospitalización</li> <li>- Asesoramiento sanitario y psicológico in situ y vía telefónica</li> <li>- Programas de educación para la salud</li> <li>- Grupos de apoyo y clases educativas para personas mayores y para cuidadores.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducir el uso de servicios hospitalarios</li> <li>• Mejorar el estado de salud de las personas usuarias</li> <li>• Reducir la carga de trabajo de las personas cuidadoras</li> </ul>

Referencia bibliográfica	Tipo de estudio	Población destinataria	Descripción de la intervención	Objetivos evaluados
Schwab, T.C. et al. "Home- and Community-Based Alternatives To Nursing Homes: Services and Costs To Maintain Nursing Home Eligible Individuals at Home". <i>Journal of Aging and Health</i> , 15, 2, 2003, pp. 353-370. [Id estudio 70]	Estudio exploratorio	Personas mayores dependientes o en riesgo de dependencia	Se coordinan los servicios domiciliarios que necesita una persona, entre ellos: atención personal, atención doméstica, comidas a domicilio, centros de día, respiro para cuidadores, sistema de respuesta a emergencias telefónicas y transporte.	Reducir el coste
Challis, D. et al. "The Value of Specialist Clinical Assessment of Older People Prior To Entry to Care Homes". <i>Age and Ageing</i> , 33, 1, 2004, pp. 25-34. [Id estudio 72]	Estudio controlado aleatorio	Personas mayores en riesgo de dependencia	Evaluación clínica por parte de un geriatra o psiquiatra que se incorpora dentro del proceso de gestión de casos. El objeto de esta evaluación es ayudar a la hora de tomar la decisión sobre los recursos más adecuados para cubrir las necesidades de las personas. Las evaluaciones que se realizan en el domicilio tienen una duración aproximada de una hora e incluyen: - Evaluación de la función cognitiva, estado de ánimo y actividades de la vida cotidiana - Examen físico Como resultado de esta evaluación los especialistas envían un informe a la persona responsable del caso en los servicios sociales en el que se detalla: el diagnóstico, el pronóstico a corto plazo (3 meses), el pronóstico a largo plazo (1 año), una descripción de las necesidades de atención y las recomendaciones en cuanto a las opciones de tratamiento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejorar o mantener la capacidad funcional</li> <li>• Reducir la carga de trabajo de las personas cuidadoras</li> <li>• Retrasar o evitar la institucionalización</li> <li>• Reducir el uso de servicios hospitalarios</li> </ul>
Pickard, L. <i>The Effectiveness and Cost-Effectiveness of Support and Services to Informal Carers of Older People. A Review of the Literature Prepared for the Audit Commission</i> . Londres, Audit Commission, 2003, pp. 90. [Id estudio 230]	Revisión de la literatura	Personas cuidadoras informales	La revisión se centra en el rol de asesoramiento de los/las trabajadores/as sociales, dentro del proceso de gestión de casos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducir la carga de trabajo de las personas cuidadoras</li> <li>• Retrasar o evitar la institucionalización</li> </ul>

Referencia bibliográfica	Tipo de estudio	Población destinataria	Descripción de la intervención	Objetivos evaluados
Counsell, S.R. et al. "Cost Analysis of the Geriatric Resources for Assessment and Care of Elders Care Management Intervention". <i>Journal of the American Geriatrics Society</i> , 57, 8, 2009, pp. 1420-1426. [Id estudio 124]	Estudio controlado aleatorio	Personas mayores en riesgo de dependencia	La intervención evaluada ( <i>geriatric resources for assessment and care of elders, GRACE</i> ) la lleva a cabo una enfermera experimentada ( <i>advanced practice nurse</i> ) y un trabajador social en colaboración con el médico de atención primaria y un equipo geriátrico interdisciplinar. Esta intervención comprende: - Evaluación geriátrica exhaustiva en el domicilio - Elaboración de un plan de atención individualizado por un equipo multidisciplinar: geriatra, farmacéutico, fisioterapeuta, trabajador social de salud mental, y otros profesionales de la red. - Activación de protocolos y recomendaciones, - Revisión del plan de atención con servicios en red - Reuniones de supervisión semanales del plan - Coordinación y control de la atención proporcionada a través de un registro médico electrónico y un sistema de seguimiento online.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejorar la calidad de vida</li> <li>• Reducir el uso de servicios formales</li> </ul>
Clarkson, P. et al. "Targeting, Care Management and Preventative Services for Older People: the Cost Effectiveness of a Pilot Self-Assessment Approach in One Local Authority". <i>British Journal of Social Work</i> , 40, 7, 2010, pp. 2255-2273. [Id estudio 153]	Estudio controlado aleatorio	Personas mayores en riesgo de dependencia	Se trata de un proceso en el que las personas mayores autoevalúan sus necesidades con ayuda de un facilitador (que tiene una formación inferior a la del trabajador social). Estos facilitadores, además de apoyar a la persona mayor en la valoración de sus necesidades, les ofrecen asesoramiento sobre distintos servicios preventivos (no ofrecidos por los servicios sociales municipales) y, en caso de necesitarlos, también les dan acceso a los servicios sociales municipales habituales. Los facilitadores (2 personas) fueron contratados específicamente para este piloto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incrementar el acceso a servicios comunitarios preventivos</li> <li>• Reducir el uso de servicios formales</li> <li>• Incrementar el grado de satisfacción de las personas usuarias</li> </ul>

*c) Aspectos metodológicos*

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

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

Tipo de estudio	Validez interna del estudio	Validez externa del estudio	Conclusiones en cuanto a coste-efectividad	Referencia
Revisión de la literatura	No aplicable	No aplicable	Coste efectivo	Pickard, L., 2003
			No concluyente	Turning Point, 2010
Estudio controlado aleatorio	Buena	Buena	Coste efectivo	Challis, D. et al., 2004
				Leung, A.C. et al., 2004
	Satisfactoria	Buena	Coste efectivo	Counsell, S.R. et al., 2009
				Bernabei, R. et al., 1998
	Pobre	Buena	Coste efectivo	Clarkson, P. et al., 2010
Estudio exploratorio	No aplicable	No aplicable	Coste efectivo	Schwab, T.C. et al., 2003

*d) Resultados de las intervenciones*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Población destinataria	Referencia	Conclusiones sobre coste-efectividad	Conclusiones
Personas mayores dependientes o en riesgo de dependencia	Schwab, T.C. et al., 2003	Coste efectivo	Se aprecia una ligera reducción en el coste entre quienes utilizaron servicios coordinados por un gestor de casos.
	Bernabei, R. et al., 1998	Coste efectivo	Los autores concluyen que la intervención de gestión de casos evaluada en este trabajo es coste efectiva ya que reduce la admisión en instituciones y el deterioro funcional de las personas mayores frágiles que viven en comunidad a un menor coste que la atención habitual. Los datos muestran que, una vez deducido el sueldo de los gestores de casos, el ahorro total que supone la intervención es de aproximadamente 1.125 libras esterlinas por persona y año. A la luz de los datos, se concluye que, además de observarse una reducción clara en los costes de servicios de salud comunitarios, el ahorro también fue sustancial en las residencias y en los gastos hospitalarios.
	Turning Point, 2010	No concluyente	Los resultados de la revisión de diferentes programas de gestión de casos ponen de manifiesto que son servicios eficaces que permiten reducir el uso de servicios hospitalarios. Sin embargo, los resultados sobre el coste-eficacia son contradictorios y no concluyentes.
Personas mayores dependientes	Leung, A.C. et al., 2004	Coste efectivo	Los autores concluyen que la gestión de casos evaluada es coste-efectiva ya que se consigue reducir el uso de recursos hospitalarios y se obtiene un ahorro medio de 166.564 dólares (1.281 dólares por persona) en recursos sanitarios en el grupo de intervención en comparación con el grupo control.
Personas mayores en riesgo de dependencia	Challis, D. et al., 2004	Coste efectivo	La intervención resultó coste efectiva. Consiguió frenar el deterioro funcional de las personas mayores, mejorar la calidad de vida de sus cuidadores informales, así como el apoyo que se les presta desde los servicios sociales y disminuir el número de días de residencialización y las visitas a servicios de emergencia. Todo ello se tradujo en un menor coste para el sistema nacional de salud y para los servicios sociales.
	Counsell, S.R. et al., 2009	Coste efectivo	La intervención resultó coste efectiva para las personas mayores con un elevado riesgo de hospitalización. A estas personas se les pudo proporcionar una mayor calidad de vida a un coste igual que el de la atención habitual. Parte de esta mejora de la calidad de vida implica gastar menos recursos en servicios de urgencia y pasarlos a servicios de carácter más preventivo o a servicios para enfermos crónicos. No obstante, hay que tener en cuenta que el estudio solo adopta la perspectiva del sistema de salud, por lo que no se conoce si hay transferencia de costes a otros servicios, como los servicios sociales, que prestan cuidados de larga duración.
	Clarkson, P. et al., 2010	Coste efectivo	Con un coste menor, la intervención consiguió una igual satisfacción de las personas usuarias y se ofreció un mejor asesoramiento sobre los servicios preventivos disponibles para la población mayor en riesgo de dependencia.
Personas cuidadoras informales	Pickard, L., 2003	Coste efectivo	La revisión permite afirmar que el asesoramiento o <i>counselling</i> es coste-efectivo a la hora de reducir los efectos psicológicos negativos que la atención a personas mayores provoca en los cuidadores. No hay evidencias suficientes respecto a su coste-efectividad a la hora de prolongar el mantenimiento de las personas mayores en su entorno habitual.

#### 4.2.2. *Servicios sociosanitarios integrados*

##### *a) Resultados generales*

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

##### *b) Descripción de las intervenciones*

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

Las características fundamentales de este tipo de servicios integrados son:

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

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

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

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

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

Referencia bibliográfica	Tipo de estudio	Población destinataria	Descripción de la intervención	Objetivos evaluados
Watt, S. et al. "Community Care for People with Chronic Conditions: An Analysis of Nine Studies of Health and Social Service Utilization in Ontario". <i>The Milbank Quarterly</i> , 77, 3, 1999, pp.363-392 [Id estudio 43]	Revisión de la literatura	Personas con enfermedades crónicas	Se evalúan los programas de atención comunitaria del sur de Ontario para personas con enfermedades crónicas. Estos programas son paquetes de servicios basados en una evaluación integral de las necesidades de la persona usuaria y no en función del diagnóstico de la enfermedad. Estos paquetes tienen por objetivo cubrir la totalidad de las necesidades de las personas usuarias e incluyen servicios médicos, enfermería, terapia ocupacional, apoyo social, atención doméstica, transporte, etc. Los servicios tienen un enfoque proactivo.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Mejorar la calidad de vida</li><li>• Reducir el uso de servicios sanitarios</li></ul>

*c) Aspectos metodológicos*

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

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

<b>Tipo de estudio</b>	<b>Validez interna del estudio</b>	<b>Validez externa del estudio</b>	<b>Conclusiones en cuanto a coste-efectividad</b>	<b>Referencia</b>
Revisión de la literatura	No aplicable	No aplicable	Coste efectivo	Watt, S. et al., 1999
				Johri, M. et al., 2003
Estudio controlado aleatorio	Satisfactoria	Buena	Coste efectivo	Béland, F. et al., 2006
				Hebert, R. et al., 2008

*d) Resultados de las intervenciones*

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

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

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

Junto con la racionalización del uso de los servicios sanitarios, la capacidad de la red integrada de atención de prolongar la permanencia de las personas mayores en el domicilio es otro de los objetivos evaluados por los estudios revisados. En este sentido, en el ensayo llevado a cabo por Hébert, R. et al. (2008), si bien no se aprecia un efecto significativo sobre la tasa de institucionalización, sí se observa un ligero retraso de la misma entre las personas con un nivel de dependencia más severo. Béland, F. et al (2006) también refieren que la integración de la atención no tiene efectos significativos en la utilización de servicios residenciales si se tiene en cuenta al conjunto de las personas mayores, pero sí tiene un efecto positivo entre las personas con un nivel de afectación más leve (tienen menos de 4 enfermedades crónicas) y entre las personas que viven solas.

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

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

En lo referente al estado de salud y la capacidad funcional, finalmente, el estudio llevado a cabo por Béland, F. et al (2006) muestra una mejora significativa del 6,3% en la proporción de personas cuya capacidad funcional se ha mantenido, en el grupo de quienes recibieron atención integrada. Tras cuatro años de intervención, la proporción de personas cuya capacidad funcional ha empeorado es un 14% menor entre quienes reciben atención integrada que entre quienes reciben la atención habitual.

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

Para terminar, al contrario de lo que esperaban, Béland, F. et al (2006) encuentran un efecto negativo de la atención integrada en la carga percibida por las personas cuidadoras.

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

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

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

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

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

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

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

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

Población destinataria	Referencia	Conclusiones sobre coste-efectividad	Conclusiones
Personas mayores dependientes	Béland, F. et al., 2006	Coste efectivo	<p>La intervención evaluada, SIPA, aunque en términos de costes sea neutral, muestra su eficacia en el cambio de configuración en la atención, ya que se reducen las estancias hospitalarias y, para algunos grupos, también los ingresos residenciales, y al mismo tiempo se incrementa la atención comunitaria, sanitaria y social. La intervención parece especialmente exitosa a la hora de reducir el uso de camas hospitalarias como sustituto para la atención residencial (altas retrasadas), y a la hora de retrasar la institucionalización de personas con menos enfermedades crónicas y las que viven solas.</p> <p>La intervención también consigue mayores niveles de satisfacción entre las personas cuidadoras.</p> <p>Los resultados son más significativos para aquellas personas que tienen una discapacidad importante.</p>
Personas mayores en riesgo de dependencia	Johri, M. et al., 2003	Coste efectivo	<p>Los servicios socio-sanitarios integrados pueden tener un impacto favorable en las tasas de institucionalización y en los costes.</p>
Personas mayores dependientes o en riesgo de dependencia	Hebert, R. et al., 2008	Coste efectivo	<p>La red integrada de servicios sociosanitarios ha demostrado tener la capacidad de reducir la prevalencia de la pérdida de autonomía en un 6,2% y su incidencia en un 13,7%. La proporción de sujetos con hándicaps se ha reducido un 31%. Se han reducido las visitas a urgencias y los ingresos hospitalarios por parte de las personas mayores, y se ha incrementado su grado de satisfacción con los servicios y su grado de autocontrol sobre la atención recibida. No ha tenido efectos o ha tenido efectos ligeramente negativos en la carga percibida por los cuidadores/as familiares.</p> <p>Los beneficios producidos por la intervención se han dado sin un mayor coste que la atención habitual, siendo los costes generados por la coordinación de los servicios compensados gracias a la mejora del estado de salud de las personas y una menor utilización de los servicios sanitarios más costosos (urgencias y hospitalizaciones).</p>
Personas con enfermedades crónicas	Watt, S. et al., 1999	Coste efectivo	<p>La revisión de literatura sugiere que la atención integral de las necesidades sociales y sanitarias de las personas con enfermedades crónicas –frente a los servicios fragmentados, basados en el diagnóstico de la enfermedad– obtienen los mismos resultados a un menor coste.</p> <p>La revisión sugiere que resulta más coste-efectivo ofrecer a las personas con enfermedades crónicas servicios comunitarios proactivos y coordinados, mediante una evaluación integral de necesidades sociales y sanitarias que ofrecer acceso a los servicios bajo demanda.</p>

#### 4.2.3. *Otras fórmulas de coordinación sociosanitaria*

##### *a) Resultados generales*

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

##### *b) Descripción de las intervenciones*

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

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

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

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

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

Población destinataria	Referencia bibliográfica	Tipo de estudio	Descripción de la intervención	Objetivos evaluados
Personas mayores dependientes o en riesgo de dependencia	Sanderson, D. y D. Wright. <i>Final Evaluation of the Carats Initiatives in Rotherham. Report.</i> York, University of York, 1999, pp. 230. [Id estudio 202]	Estudio exploratorio	Se trata de un servicio de atención intermedia que ofrece 4 tipos de servicio: (1) El servicio de respuesta rápida: es apoyo a corto plazo (hasta de 72 horas) en las viviendas de las personas con el objeto de prevenir la institucionalización o de cara a facilitar un alta más temprana del hospital. (2) Rehabilitación residencial, es una unidad residencial de 6 a 9 camas (3) Rehabilitación diurna, es un servicio de día. (4) Unidad residencial de convalecencia, es una unidad residencial que recibe a personas que han sufrido un accidente o un problema de salud serio en su domicilio y son usuarios de este servicio durante unos 15 días y de aquí regresan a sus domicilios o ingresan en una residencia.	Reducir el uso de servicios hospitalarios
Personas mayores dependientes	Ellis, A. et al. "Buying Time II: An Economic Evaluation of a Joint NHS/Social Services Residential Rehabilitation Unit for Older People On Discharge From Hospital". <i>Health and Social Care in the Community</i> , 14, 2, 2006, pp. 95-106. [Id estudio 86]	Estudio controlado aleatorio	Se trata de una experiencia de coordinación socio-sanitaria en rehabilitación. El servicio evaluado es una unidad residencial de rehabilitación a corto-plazo para personas mayores que van a abandonar el hospital que está cofinanciado y prestado conjuntamente por el sistema nacional de salud y los servicios sociales. El objetivo de esta unidad es ayudar a los individuos a que recuperen la confianza en sí mismos. En este servicio: - Se realiza una evaluación continua del participante (movilidad, transferencias, motivación, capacidad cognitiva y percepción, comunicación, continencia, habilidad física, salud psicológica y emocional, factores sociales, oído y vista y salud bucal) - Se elabora un diagnóstico de caso con puntos fuertes y áreas de necesidad - Se elabora y se pone en marcha un plan de intervención que puede incluir como áreas de intervención: movilidad y escaleras, vestirse/lavarse, ir al baño, comer, tratamientos específicos... La unidad evaluada se compone de 19 camas ubicadas en una planta diferente del centro residencial y cuentan con personal propio. La estancia media es de 6 semanas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retrasar o evitar la institucionalización</li> <li>• Reducir el uso de servicios formales</li> </ul>

Población destinataria	Referencia bibliográfica	Tipo de estudio	Descripción de la intervención	Objetivos evaluados
Personas mayores dependientes	Meyer, H. "A New Care Paradigm Slashes Hospital Use and Nursing Home Stays for the Elderly and the Physically and Mentally Disabled". <i>Health Affairs</i> , 30, 3, 2011, pp. 412-415. [Id estudio 223]	Estudio controlado aleatorio	No se describe	Reducir el uso de servicios sanitarios
Personas mayores dependientes	Coleman, E.A. et al. "The Care Transitions Intervention. Results of a Randomized Controlled Trial". <i>Archives of Internal Medicine</i> , 166, 2006, pp. 1822-1828. [Id estudio 182]	Estudio controlado aleatorio	Es un servicio de atención intermedia que se proporciona a las personas mayores hospitalizadas a las que se les va a dar el alta y consiste en: - Proporcionarles herramientas para poder comunicarse - Animarles con el objetivo de que adopten un rol más activo y manifiesten sus preferencias - Proporcionarles apoyo y el asesoramiento por parte de un director técnico en transiciones El técnico en transición se reúne con el usuario por primera vez en el hospital antes de recibir el alta médica y convoca una visita a domicilio a las 48 o 72 horas de su salida del hospital. Se realiza un seguimiento telefónico de la evolución del paciente en 3 ocasiones a lo largo de los 28 días siguientes a recibir el alta médica.	Reducir el uso de servicios hospitalarios
Personas mayores dependientes	O'Reilly, J. et al. "Post-Acute Care for Older People in Community Hospitals. A Cost-Effectiveness Analysis Within a Multi-Centre Randomised Controlled Trial". <i>Age and Ageing</i> , 37, 5, 2008, pp. 513-520. [Id estudio 158]	Estudio controlado aleatorio	Las experiencias de coordinación que se analizan son servicios de atención intermedia que se proporcionan en hospitales comunitarios y consisten en servicios de convalecencia que atienden a personas que han estado ingresadas en unidades de agudos y necesitan cuidados prolongados para poder regresar a sus domicilios.	Mejorar la calidad de vida

Población destinataria	Referencia bibliográfica	Tipo de estudio	Descripción de la intervención	Objetivos evaluados
Personas mayores dependientes	Miller, P. et al. "Economic Analysis of an Early Discharge Rehabilitation Service for Older People". <i>Age and Ageing</i> , 34, 3, 2005, pp. 274-280. [Id estudio 181]	Estudio exploratorio	Es un servicio de atención intermedia cuyo objetivo es facilitar el alta hospitalaria. Los participantes reciben apoyo domiciliario y rehabilitación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejorar la calidad de vida</li> <li>• Reducir el uso de servicios hospitalarios</li> <li>• Mejorar o mantener la capacidad funcional</li> <li>• Mejorar el estado de salud</li> </ul>
Personas mayores en riesgo de dependencia	Curry, N. <i>Preventive Social Care. Is It Cost Effective?</i> Londres, King'S Fund, 2006, pp. 48. [Id estudio 97]	Revisión de la literatura	Los servicios de atención intermedia son recursos que se sitúan entre lo comunitario y lo residencial, es decir, entre los recursos primarios y especializados, y también, desde otro punto de vista, entre lo sanitario y lo social. En esta revisión se incluyen intervenciones de carácter socio-sanitario que tienen el objetivo de mejorar la transición entre el hospital y la comunidad y de prevenir futuras readmisiones hospitalarias y residenciales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducir el uso de servicios hospitalarios</li> <li>• Retrasar o evitar la institucionalización</li> </ul>
Personas mayores en riesgo de dependencia	Kaambwa, B. et al. "Costs and Health Outcomes of Intermediate Care: Results from Five UK Case Study Sites". <i>Health and Social Care in the Community</i> , 16, 6, 2008, pp. 573-581. [Id estudio 114]	Estudio de casos	Se trata de servicios domiciliarios o residenciales que tienen por objetivo evitar que personas en situación de riesgo de requerir un ingreso hospitalario, tengan que ser admitidas en el hospital ( <i>admission avoidance</i> ).	Mejorar el estado de salud de las personas usuarias
Personas mayores en riesgo de dependencia	Turning Point. <i>Benefits Realisation: Assessing the Evidence for the Cost Benefit and Cost Effectiveness of Integrated Health and Social Care</i> . Londres, Turning Point, 2010, pp. 54. [Id estudio 232]	Revisión de la literatura	La intervención que se evalúa en este trabajo ( <i>The Partnership for Older People Projects</i> ) son servicios que coordinan servicios sociales y sanitarios con el objeto de promover la independencia de los usuarios y prevenir o retrasar la institucionalización. Se evaluaron 146 programas muy heterogéneos, tanto desde el punto de vista de la intensidad de la atención proporcionada como del entorno en el que se llevaron a cabo (residencias, programas comunitarios, etc.)	Reducir el uso de servicios sanitarios

Población destinataria	Referencia bibliográfica	Tipo de estudio	Descripción de la intervención	Objetivos evaluados
Personas mayores en riesgo de dependencia	Windle, K. et al. <i>National Evaluation of Partnerships for Older People Projects. Final Report</i> . Kent, Personal Social Services Research Unit, 2009, pp. 302. [Id estudio 147]	Estudio controlado no aleatorio	<p>Los servicios POPP (<i>Partnership for Older People Projects</i>) para personas mayores en riesgo de dependencia fueron diseñados con el fin de desarrollar servicios que promocionaran su salud, bienestar e independencia. Uno de los objetivos clave de la intervención fue el prevenir o retrasar la necesidad de atención de mayor intensidad (residencial). Dentro de este proyecto hay 146 tipos de intervención diferentes que van desde comedores sociales (<i>lunch-clubs</i>) hasta intervenciones más formales de carácter preventivo como puede ser los servicios de transición hospitalaria y los servicios de respuesta rápida (<i>rapid response services</i>).</p> <p>En relación a los objetivos concretos que se plantea cada uno de los programas, dos terceras partes están dirigidos a reducir el aislamiento social y la exclusión o a promocionar una vida saludable entre las personas mayores y un tercio están centrados en evitar el ingreso hospitalario o en proporcionar una rápida transición desde una unidad de agudos o desde un hospital.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejorar la calidad de vida</li> <li>• Reducir el uso de servicios hospitalarios</li> </ul>
Personas con discapacidad intelectual	Rudolph, C. et al. "Evaluation of Outcomes and Cost-Effectiveness of a Community Behavioral Support and Crisis Response Demonstration Project". <i>Mental Retardation</i> , 36, 3, 1998, pp. 187-197. [Id estudio 35]	Estudio controlado no aleatorio	<p>Se trata de un programa de intervención en crisis que se presta en un centro de atención intermedia para personas con discapacidad intelectual. El programa nace con el objetivo de prevenir ingresos residenciales debido a episodios de mala conducta o cuando ello no es posible, proporcionar una alternativa comunitaria al ingreso en residencias o en instituciones psiquiátricas. En estos casos se busca aumentar la capacidad del hogar actual a la hora de apoyar al individuo o a identificar servicios comunitarios más apropiados.</p> <p>Otro de los objetivos de este servicio es mantener a las personas en sus domicilios y comunidades al mismo o menor coste que en residencias.</p> <p>Es un programa que ofrece dos tipos de servicios: (1) servicios disponibles a domicilio, en el puesto de trabajo, colegio u otros entornos comunitarios, (2) servicios de alojamiento en crisis a corto plazo (máximo de 90 días) en una unidad especializada. El servicio de alojamiento en crisis cuenta con personal durante las 24 horas del día en una ratio de 1 profesional para cada 2 personas usuarias en horario diurno.</p> <p>El servicio se desarrolla en tres etapas:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retrasar o evitar la institucionalización</li> <li>• Incrementar el grado de satisfacción de las personas usuarias</li> <li>• Reducir el coste</li> </ul>

Población destinataria	Referencia bibliográfica	Tipo de estudio	Descripción de la intervención	Objetivos evaluados
			<p>(1) Evaluación: Se realiza una evaluación breve pero intensa a través de entrevistas individuales, grupales y observación directa.</p> <p>(2) Intervención/tratamiento: consiste en la reducción de problemas de conducta mediante un mejor conocimiento de los deseos de la persona y favoreciendo el desarrollo de mecanismos alternativos de afrontamiento, interacción social y comunicación, gracias a una evaluación en profundidad del propósito que cumplen las conductas que se desean eliminar.</p> <p>(3) Seguimiento de un año después de darse por finalizada la intervención. Se realizan llamadas telefónicas al principio semanales o cada 2 semanas y, una vez estabilizada la situación, se mantiene contacto telefónico trimestral con los/las profesionales de los servicios a los que han sido derivadas las personas usuarias. También se realizan visitas domiciliarias a demanda de éstos.</p>	

c) *Aspectos metodológicos*

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

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

Tipo de estudio	Validez interna del estudio	Validez externa del estudio	Conclusiones sobre coste-efectividad	Referencia
Revisión de la literatura	No aplicable	No aplicable	Coste efectivo	Turning Point, 2010
			No concluyente	Curry, N., 2006
Estudio controlado aleatorio	Buena	Buena	Coste efectivo	Coleman, E.A. et al, 2006
	No se puede determinar	No se puede determinar	No concluyente	Meyer, H., 2011
	Pobre	Buena	Neutro	O'Reilly, J. et al., 2008
	Satisfactoria	Buena	Neutro	Ellis, A. et al., 2006
Estudio controlado no aleatorio	No se puede determinar	No se puede determinar	Coste efectivo	Windle, K. et al., 2009
	Pobre	Buena	Coste efectivo	Rudolph, C. et al., 1998
Estudio exploratorio	Buena	Buena	Coste efectivo	Miller, P. et al., 2005
	Pobre	Limitada	Coste efectivo	Sanderson, D. y D. Wright, 1999
Estudio de casos	Pobre	Buena	No concluyente	Kaambwa, B. et al., 2008

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

*d) Resultados de las intervenciones*

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

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

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

Windle, K. et al. (2009), en el informe de evaluación final de los proyectos conocidos como *Partnerships for Older People Projects* (POPP), indican que por cada libra invertida en estos pro-

gramas se ha producido un ahorro de 1,20 libras en servicios hospitalarios. Este mismo documento refiere reducciones del 29% en la utilización de servicios de urgencia en algunos de los programas evaluados en su piloto y disminuciones del 47% en los ingresos hospitalarios. También refiere reducciones en el uso de servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y medicina general.

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

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

El impacto de los servicios de atención intermedia en la salud y, sobre todo, en la calidad de vida de las personas usuarias es otro de los indicadores evaluados por los trabajos de investigación revisados. Dos estudios han analizado el impacto de los servicios de atención intermedia en la salud y en la capacidad funcional de las personas usuarias y los dos muestran resultados positivos. El estudio llevado a cabo por Miller (Miller, P. et al., 2004) detectó una

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Referencia	Población destinataria	Tipo de intervención	Conclusiones sobre coste-efectividad	Conclusiones
Rudolph, C. et al., 1998	Personas con discapacidad intelectual	Intervención en crisis	Coste efectivo	<p>El estudio muestra que, mediante la puesta en marcha de servicios de intervención en crisis se puede mantener en su entorno a las personas con discapacidad intelectual en riesgo de ser institucionalizadas por problemas de conducta. Los servicios prestados en el domicilio fueron especialmente efectivos tanto por sus mejores resultados en cuanto a evitar la institucionalización como por su menor coste. No obstante, los autores advierten que fue necesario un cambio en la forma de trabajar de los responsables de caso, adoptando medidas preventivas (valoración de necesidades y planificación centrada en la persona) en lugar de responder a las situaciones de crisis una vez éstas ya se habían desencadenado.</p> <p>Por otra parte, el estudio muestra que una intervención con las características señaladas resulta coste-efectiva con la población de personas con discapacidad que tienen conductas problemáticas y riesgo de ser institucionalizadas. Se estima que la intervención supuso un ahorro de 287.320 \$ en sus primeros tres meses de operación, es decir, 5.320 \$ por persona atendida.</p>
Ellis, A. et al., 2006	Personas mayores	Facilitación del alta	Neutro	<p>La investigación muestra que tanto la efectividad de las intervenciones, como su coste fueron similares en los dos grupos. No obstante, hay que tener en cuenta que el estudio de efectividad se ha limitado a medir la permanencia en el domicilio y, por lo tanto, no se han medido otros resultados favorables que podría tener una intervención coordinada (satisfacción de las personas usuarias, por ejemplo).</p> <p>Los autores sugieren que la rehabilitación residencial para personas mayores no es más coste-efectiva al año de haber salido del hospital que la intervención comunitaria.</p>
Curry, N., 2006	Personas mayores	Facilitación del alta	No concluyente	<p>Hay una falta de consenso sobre la relación coste-efectividad de la atención de tipo intermedio. Algunos estudios no la han encontrado coste-efectiva para la población general, pero en colectivos y situaciones específicas, como ataques cardíacos y caídas, sí hay mayor consenso sobre su coste-efectividad. En este sentido, los resultados sobre servicios de prevención secundaria de ataques cardíacos son los más sólidos.</p> <p>Los estudios analizados también señalan que las diferentes modalidades de servicio varían sustancialmente en su relación coste-efectividad, siendo la hospitalización a domicilio, las visitas domiciliarias por parte de enfermeras y los equipos multidisciplinarios de respuesta rápida los que mejores resultados obtienen.</p>

Referencia	Población destinataria	Tipo de intervención	Conclusiones sobre coste-efectividad	Conclusiones
Kaambwa, B. et al., 2008	Personas mayores	Prevención de ingresos	No concluyente	<p>El estudio no permite extraer conclusiones sobre la relación coste-efectividad de la atención intermedia, puesto que no se compara con una alternativa a este servicio.</p> <p>Respecto a las diferencias entre tipos de atención intermedia, parece que los servicios de prevención del ingreso en hospitales obtienen mejores resultados que los de facilitación del alta en términos de capacidad funcional y estado de salud de las personas usuarias. Además los resultados se obtienen a un menor coste. En este sentido, puede decirse que los servicios de prevención del ingreso son más coste-efectivos que los de facilitación del alta a la hora de reducir la utilización de servicios hospitalarios. En cualquier caso, al no tratarse de alternativas excluyentes, ambos servicios pueden resultar necesarios.</p>
Windle, K. et al., 2009	Personas mayores	Prevención de ingresos Facilitación del alta	Coste efectivo	<p>Los servicios que coordinación atención sanitaria y social para personas mayores son coste-efectivos ya que permiten mejorar la calidad de vida, reducir el uso de servicios hospitalarios así como reducir el coste de la intervención.</p> <p>Los autores concluyen que el análisis en términos de Años de Vida Ajustados por Calidad (AVAC) muestra una alta probabilidad (86%) de que el programa sea coste-efectivo si se compara con la atención tradicional.</p>
O'Reilly, J. et al., 2008	Personas mayores	Facilitación del alta	Neutro	<p>Los autores concluyen que la relación coste-efectividad de los servicios de atención intermedia en hospitales comunitarios es similar a la atención hospitalaria tradicional.</p> <p>Con una disposición social a pagar de 10.000 libras esterlinas por AVAC ganado, el servicio de atención intermedia sería coste-efectivo en un 47% de los casos y elevando el umbral 30.000 libras esterlinas por AVAC ganado, sólo sería coste-efectivo en un 50% de los casos.</p>
Miller, P. et al., 2005	Personas mayores	Facilitación del alta	Coste efectivo	<p>El servicio de atención intermedia y rehabilitación a domicilio analizado obtiene resultados positivos entre los que destacan la mejora en la realización de las actividades cotidianas y el estado de salud así como una reducción significativa en el número de estancias hospitalarias y la duración de las mismas, lo que se traduce en un coste total inferior para el grupo de intervención.</p>
Coleman, E.A. et al., 2006	Personas mayores dependientes	Facilitación del alta	Coste efectivo	<p>El servicio de atención intermedia evaluado es coste-efectivo ya que se produce un menor número de hospitalizaciones en el grupo de intervención en comparación con el grupo de control y esto conlleva un ahorro significativo en costes hospitalarios. Los resultados indican que el ahorro en ingresos hospitalarios del grupo de intervención durante los 180 días de seguimiento es de \$147.797, que suponen un ahorro anual de \$295.594.</p>

Referencia	Población destinataria	Tipo de intervención	Conclusiones sobre coste-efectividad	Conclusiones
Sanderson, D. y D. Wright, 1999	Personas mayores dependientes o en riesgo de dependencia	Prevención de ingresos Facilitación del alta	Coste efectivo	<p>Los autores concluyen que uno de los cuatro servicios analizados es coste-efectivo. Se concluye que el servicio de respuesta rápida es coste-neutral para personas con movilidad reducida. Para este grupo de personas el coste hospitalario diario es de £125 y la estancia hospitalaria media es de 4.5 días (£562.5 de media por estancia, mientras que el coste medio del servicio de respuesta rápida es £570 por usuario).</p> <p>Por otra parte, para pacientes con otro tipo de problemas que no son terminales, la intervención permite ahorrar £254 por usuario si su estancia hospitalaria se estima en 8.75 días.</p> <p>Por último, para enfermos terminales la estancia hospitalaria tiene un coste igual o superior a £190/día y los datos indican que el servicio proporcionado permite ahorrar dinero.</p>
Meyer, H., 2011	Personas mayores dependientes	Prevención de ingresos	No concluyente	Los autores plantean que el nuevo modelo de atención coordinada reduce el uso de servicios sanitarios y residenciales. Sin embargo, la escasa información que se presenta en este documento (sobre diseño, metodología, intervención y resultados del programa) no permite extraer ninguna conclusión al respecto.
Turning Point, 2010	Personas mayores en riesgo de dependencia	Prevención de ingresos	Coste efectivo	<p>Los autores concluyen que, en general, este tipo de programas que coordinan servicios sociales y de atención sanitaria son altamente coste-efectivos.</p> <p>Por otra parte, se observa que el tamaño y el tipo de proyectos inciden en el ahorro que producen este tipo de programas. En este sentido, los proyectos de corte comunitario y de amplio espectro obtienen un ahorro mayor que los que solamente se centran en atención hospitalaria.</p>

### **4.3. Individualización de la atención**

#### *4.3.1. Asignación económica individual*

##### *a) Resultados globales*

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

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

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

*b) Descripción de las intervenciones*

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

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

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

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

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

*c) Aspectos metodológicos*

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

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

Tipo de estudio	Validez interna del estudio	Validez externa del estudio	Conclusiones en cuanto a coste-efectividad	Referencia
Estudio controlado no aleatorio	Pobre	Pobre	No concluyente	Stainton, T. et al., 2009
	Satisfactoria	Buena	Coste efectivo	Dale, S.B. Brown, R., 2006
Estudio exploratorio	No aplicable	No aplicable	No concluyente	Timonen, V., 2004

*d) Descripción de los resultados*

De los tres estudios, uno (Stainton, T. et al, 2009) apenas ofrece datos sobre la consecución de sus objetivos (razón por la cual se ha considerado no concluyente). Estudios anteriores de los mismos autores indican, en cualquier caso, que este tipo de intervenciones resultan efica-

ces en lo que se refiere al incremento de la satisfacción de las personas usuarias y a su nivel de independencia y autocontrol.

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

*e) Conclusiones en términos de coste efectividad*

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

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

Referencia	Conclusiones sobre coste-efectividad	Conclusiones
Stainton, T. Et Al., 2009	No concluyente	El estudio, por su falta de calidad metodológica, no presenta datos suficientes sobre la relación coste-efectividad del programa, aunque los datos recabados sugieren que la intervención puede resultar coste-efectiva en comparación con los servicios habituales para personas con discapacidad.
Timonen, V., 2004	No concluyente	<p>En la mayoría de los casos, los usuarios indican que, de no haber recibido la asignación económica individual, sus familiares hubieran experimentado sobrecarga de trabajo o hubieran tenido que optar por los servicios de una residencia para personas mayores.</p> <p>Los niveles de satisfacción de los usuarios con el programa son altos.</p> <p>Los autores señalan que la disponibilidad de asignaciones económicas ayuda a reducir el número de altas hospitalarias retrasadas y retrasan la institucionalización pero este trabajo no ofrece datos en este sentido.</p> <p>Este documento solamente ofrece una descripción cualitativa de cómo funciona este recurso. Las principales recomendaciones de este estudio cualitativo son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La necesidad de introducir una evaluación estandarizada para determinar qué usuarios participan y para las re-evaluaciones</li> <li>- La obligación de ser más cuidadosos en el control de la calidad y pertinencia de los servicios prestados con la ayuda de las asignaciones económicas individuales.</li> <li>- La puesta en marcha de un procedimiento que permita garantizar que las cuantías están acorde con los costes de la atención.</li> <li>- La introducción de partidas dirigidas a atención doméstica en las subvenciones de atención de servicios privados de enfermería a domicilio.</li> <li>- La necesidad de asegurar una adecuada dotación de personal.</li> </ul>
Dale, S.B. Brown, R., 2006	Coste efectivo	<p>Por un lado, el programa de prestaciones económicas individuales tuvo un efecto modesto, aunque no significativo, en el uso de servicios residenciales. Por otra parte, se consiguió reducir el coste de los servicios de larga duración en unos 1.900\$ por persona, aunque esa diferencia no se vio en realidad compensada por el mayor gasto en servicios comunitarios. No obstante, los datos indican que el hecho de que los costes en atención médica sean mayores en el grupo de intervención se debe a que las personas del grupo control (servicios tradicionales) reciben menos horas de intervención de las previstas.</p> <p>La conclusión principal del estudio es que en circunstancias normales, como el grupo de intervención hace un menor uso de servicios residenciales, los costes en general serán menores en comparación con el grupo de control. En este sentido, los autores concluyen que es un servicio coste-efectivo ya que permite ahorrar costes.</p>

#### *4.3.2. Planificación centrada en la persona*

Como en el caso de los servicios de acompañamiento, se ha encontrado un único estudio que analice de forma exclusiva las intervenciones orientadas a la planificación centrada en la persona desde el punto de vista de su coste efectividad. Se trata de un artículo de investigación publicado en la revista Siglo Cero por Robertson, J., et al. (2008). Está basado en un estudio pre-post sin grupo control y analiza el impacto de este tipo de programas entre personas con discapacidad intelectual en relación a los modelos tradicionales de intervención.

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

El análisis de la intervención pone de manifiesto que la introducción de la planificación centrada en la persona tuvo un efecto positivo modesto en las experiencias vitales de las personas con discapacidad intelectual. La participación en el programa, en cualquier caso, se asoció con beneficios en las áreas de redes sociales, participación en la comunicad, actividades cotidianas planificadas, contacto con los amigos, contacto con la familia y elección. Por otra parte, los autores señalan que hubo tres áreas –riesgos, salud física y necesidades emocionales y conductuales– donde se produjeron cambios en sentido negativo. A juicio de los auto-

res esto se debe a que, tras la planificación, las personas llevan vidas más ocupadas y variadas y esto puede dar lugar a que surjan problemas en las áreas señaladas, con la asunción de ciertos riesgos por parte de las personas participantes. Los cambios en el estado de salud pueden explicarse por un mejor conocimiento (a través de la planificación centrada en la persona) de las necesidades sanitarias de las personas. Los cambios conductuales y emocionales pueden ser un efecto secundario de una mayor participación en la comunidad (estrés, percepción más clara de la diferencia respecto a los demás, etc.).

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

#### *4.3.3. Otras fórmulas de individualización de la atención*

##### *a) Resultados globales*

Ciertamente, junto a los esquemas de *cash for care* y los programas de planificación centrada en la persona, existen numerosas fórmulas de individualización de la atención. No resulta sin embargo habitual someter estas iniciativas a evaluaciones de tipo económico, y se ha optado, para esta revisión, por agruparlas en una misma categoría, aun cuando existe entre ellas una cierta diversidad. En total, se han detectado cinco evaluaciones económicas de programas basados en la individualización de la atención: de ellos, tres se consideran coste-efectivos y dos no dominantes, en la medida en que la mejora de los resultados se produce a un coste

mayor. Cabe pensar pues que se trata de programas claramente efectivos en la consecución de sus objetivos, si bien no siempre se consigue en estos casos combinar la consecución de los objetivos con una mayor eficiencia económica.

*b) Descripción de las intervenciones*

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

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

El cuarto artículo incluido en esta revisión, orientado a personas con demencia, da cuenta de un programa individualizado que promueve la realización de actividades de tipo social encaminadas a reducir las horas de sueño durante el día, mejorar la calidad del sueño por la noche y reducir la ratio de sueño día/noche (Richards et al. 2005). Por último, el artículo de Head y

Conroy (2005), basado en un estudio pre post con grupo de control, consiste en la provisión de mayores posibilidades de autodeterminación a personas con discapacidad intelectual, mediante una mayor implicación de las personas atendidas en la elaboración de su propio plan de atención. Una vez que el plan está diseñado, se proporciona una asignación económica individual y se firma un acuerdo en el que se compromete a utilizar ese dinero para dicho plan. Este plan permite al usuario seleccionar, controlar y dirigir los servicios contratados.

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

Referencia bibliográfica	Tipo de estudio	Población destinataria	Descripción de la intervención	Objetivos evaluados
Hurstfield, J. Et Al. <i>The Costs and Benefits of Independent Living</i> . Londres, HM Government, 2007, pp. 140. [Id estudio 95]	Revisión de la literatura	Personas con discapacidad	<p>"Vida independiente" significa que las personas con discapacidad tengan acceso a las mismas oportunidades que los no discapacitados: crecer en sus propias familias, ser educados en el colegio más próximo, utilizar el mismo transporte público, conseguir un trabajo acorde con su formación y capacidades, tener un acceso igualitario a los mismos bienes y servicios públicos. Las personas con discapacidad necesitan pensar y hablar por si mismas sin la interferencia de otros.</p> <p>Tienen que tener la misma opción, control y libertad que cualquier otro ciudadano en casa, en el trabajo y como miembros de la comunidad.</p> <p>Los mecanismos de que dispone el "movimiento de vida independiente" para conseguir estos objetivos son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Autogestión (consumer direction)</li> <li>- Planificación centrada en la persona</li> <li>- Asistente personal</li> <li>- Ayudas económicas individuales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incrementar la auto-terminación o autocontrol de las personas usuarias</li> <li>• Mejorar la calidad de vida</li> <li>• Mejorar el estado de salud de las personas usuarias</li> </ul>
Grabowski, D.C. "The Cost-Effectiveness of Noninstitutional Long-Term Care Services: Review and Synthesis of the Most Recent Evidence". <i>Medical Care Research and Review</i> , 63, 1, 2006, pp. 3-28. [Id estudio 141]	Revisión de la literatura	Personas mayores en riesgo de dependencia	Son programas que proporcionan al usuario más control sobre los servicios que recibe (consumer-directed care). Este tipo de programas permiten al usuario controlar cómo se contrata, supervisa e incluso despiden al proveedor del servicio.	Incrementar el grado de satisfacción de las personas usuarias

Referencia bibliográfica	Tipo de estudio	Población destinataria	Descripción de la intervención	Objetivos evaluados
Richards, K.C. et al. "Effect of Individualized Social Activity on Sleep in Nursing Home Residents with Dementia". <i>Journal of the American Geriatrics Society</i> , 53, 9, 2005, pp. 1510-1517. [Id estudio 169]	Estudio controlado no aleatorio	Personas mayores con demencia	Se trata de un programa individualizado que promueve la realización de actividades de tipo social encaminadas a reducir las horas de sueño durante el día, mejorar la calidad del sueño por la noche y reducir la ratio de sueño día/noche.	Mejorar la calidad de vida
Head, M.J. Conroy, J.W. <i>Outcomes of Self-Determination in Michigan. Quality and Costs". En: Costs and Outcomes of Community Services for People with Intellectual Disabilities</i> . Baltimore, Paul H. Brookes, 2005, pp. 219-240. [Id estudio 207]	Estudio pre post sin grupo de control	Personas con discapacidad intelectual	La intervención de individualización de la atención evaluada en este estudio consiste en proporcionar servicios de autodeterminación para personas con discapacidad intelectual en los que la persona se implica en la elaboración de su propio plan de atención y se fomenta que diseñe su propio plan de servicios y apoyos.  Una vez que el plan está diseñado, se proporciona una asignación económica individual y se firma un acuerdo en el que se compromete a utilizar ese dinero para dicho plan. Este plan permite al usuario seleccionar, controlar y dirigir los servicios contratados.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Empoderamiento / incrementar la autoeficacia</li> <li>• Mejorar la calidad de vida</li> <li>• Reducir el coste</li> </ul>
Turning Point. <i>Benefits Realisation: Assessing the Evidence for the Cost Benefit and Cost Effectiveness of Integrated Health and Social Care</i> . Londres, Turning Point, 2010, pp. 54. [Id estudio 234]	Revisión de la literatura	Personas mayores dependientes o en riesgo de dependencia	El proyecto LinkAge plus (Watt y Blair, 2009) implica a los propios usuarios en el diseño y puesta en marcha de servicios de atención sanitaria y social. Son servicios dirigidos a promocionar la independencia y el bienestar de las personas mayores.	Reducir el coste

*c) Aspectos metodológicos*

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

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

*d) Eficacia de las intervenciones*

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

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

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

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

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

e) *Resultados en términos de coste eficacia*

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

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

## **5. CONCLUSIONES**

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

No obstante, para valorar adecuadamente los resultados de este trabajo, conviene tener presentes algunas limitaciones que se derivan tanto de la propia metodología de las revisiones sistemáticas, como del diseño de los estudios de evaluación económica incluidos, y de la naturaleza de los estudios de coste efectividad.

### **5.1. Limitaciones del estudio**

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

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

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

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

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

Las principales limitaciones del informe se refieren, sin embargo, a la naturaleza de las evaluaciones económicas sobre coste efectividad. La principal característica de este enfoque es su carácter relativo: es decir, las intervenciones objeto de análisis se evalúan siempre en relación a una situación alternativa concreta, ya sea una intervención distinta, ya sea la ausencia de intervención. Ello quiere decir que un programa considerado coste efectivo lo es en rela-

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

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

En tercer lugar, una limitación importante de los estudios revisados es que la medición de los beneficios de la intervención se realiza necesariamente a través de un número limitado de indicadores (ya sean de capacidad funcional, de calidad de vida, etc.). En el ámbito sanitario, esto no suele ser un problema, ya que normalmente se trata de medir el efecto de la intervención sobre una patología concreta que se mide a través de indicadores precisos (análisis clínicos bien establecidos para detectar la presencia de una enfermedad). En el ámbito social, sin embargo, los efectos de una intervención son mucho más complejos (pueden darse en nume-

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

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

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

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

## **5.2. Principales conclusiones**

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

La solidez de las conclusiones se deriva fundamentalmente del elevado número de investigaciones analizadas y del cumplimiento de una serie de criterios temáticos y metodológicos estrictos para su inclusión en la revisión. Aun teniendo en cuenta las limitaciones señaladas en el punto anterior, la revisión de la literatura realizada ofrece unas conclusiones generales

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

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

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

bilitación, los servicios de capacitación a domicilio o los servicios de acompañamiento— que no han podido demostrar su coste efectividad.

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

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

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

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

- Los servicios de respuesta rápida y de intervención en crisis, dirigidos a personas mayores y con discapacidad en riesgo de ser admitidos a un hospital o a un centro residencial (por un accidente o emergencia) pueden liberar camas hospitalarias y prevenir ingresos residenciales definitivos, suponiendo un importante ahorro para la administración.
  
- De acuerdo con los resultados de esta revisión, los servicios de respiro deberían limitarse, de momento, al respiro residencial, el único que ha demostrado algún grado de coste-efectividad. Por otra parte, hay que tener en cuenta que, en el caso de personas mayores cuidadas por sus cónyuges, los servicios de respiro residencial, más que prevenir el ingreso definitivo pueden provocarlo o precipitarlo. Sí se consideran una intervención coste-efectiva y de carácter preventivo en el caso de personas mayores que son cuidados por sus hijos/as.
  
- La recapitación a domicilio, a pesar de que todavía no se ha podido demostrar de forma concluyente su coste-efectividad, tiene muchas posibilidades de resultarlo, por su capacidad de reducir las necesidades de ayuda formal de las personas que pasan por el servicio, por lo que se recomienda su adopción en la CAPV al menos de forma experimental.

## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Age Concern England. *The Community Care Changes. Questions and Answers for Committees, Staff and Helpers of Age Concern. Community Care Plans*. Londres, Age Concern England, 1992, pp.45.

Ah-Soune, M.F. De Vignerte, B. "Intérêts et couts d'une réinsertion gériatrique après séjour en soins de suite et réadaptation". *La Revue de Geriatrie*, 25, 7, 2000, pp.471-476.

Alecxih, L.M.B. et al. *Estimated Cost Savings from the Use of Home and Community-Based Alternatives to Nursing Facility Care in Three States*. Washington, Public Policy Institute, 1996, pp.31.

Andrich, R. Caracciolo, A. "Analysing the Cost of Individual Assistive Technology Programmes". *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 2, 4, 2007, pp.207-234.

Ararteko SIIS-Centro de Documentacion y Estudios. *Informe extraordinario sobre la asistencia no residencial a la tercera edad en la Comunidad Autonoma del Pais Vasco*. Vitoria-Gasteiz, Ararteko, 1996, pp.265.

Arksey, H. et al. *Review of Respite Services and Short-Term Breaks for Carers for People with Dementia*. Londres, NHS Service Delivery and Organisation R&D Program, 2004, pp.167.

Artaso, B. et al. "Análisis coste-consecuencia de un centro de día psicogeriátrico". *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 37, 6, 2002, pp.291-297.

Ashton, T. Hempenstall, C. *Research into the Financial Benefits of the Supporting People Programme, 2009*. Londres, Department for Communities and Local Government, 2009, pp.196.

Askham, J. Thompson, C. *Dementia and Home Care. a Research Report On a Home Support Scheme for Dementia Sufferers*. Mitcham, Surrey (UK), Age Concern England, 1990, pp.174.

Audit Commission. *Means to an End. Joint Financing across Health and Social Care. Health National Report*. Londres, Audit Commission, 2009, pp.64.

Barbera, R. et al. "Análisis coste-beneficio de la incorporación de productos de apoyo como extensión de los servicios de atención a domicilio para personas mayores dependientes". *Revista de Biomecánica*, 54, 2010, pp.49-51.

Baum, C.M. Law, M. "Occupational Therapy Practice: Focusing On Occupational Performance". *The American Journal of Occupational Therapy*, 51, 4, 1997, pp.277-288.

Baumker, T. et al. *Costs and Outcomes of An Extra-Care Housing Scheme in Bradford*. York, Joseph Rowntree Foundation, 2008, pp.47.

Beadle-Brown, J. Kozma, A. (Ed.) *Deinstitutionalisation and Community Living. Outcomes and Costs: Report of a European Study. Volume 3: Country Reports*. Canterbury, Tizard Centre, 2007, pp.602.

Beecham, J. et al. "The Cost-Effectiveness of Community Care for Adults with Learning Disabilities Leaving Long-Stay Hospital in Northern Ireland". *Journal of Intellectual Disability Research*, 41, 1, 1997, pp.30-41.

Beland, F. et al. "A System of Integrated Care for Older Persons with Disabilities in Canada: Results From a Randomized Controlled Trial". *The Journals of Gerontology*, 61a, 4, 2006, pp.367-373.

Beland, F. et al. "Des Services Intégrés Pour Les Personnes Âgées Fragiles (SIPA)". *Gérontologie et Société*, 124, 2008, pp.49-83.

Bendixen, R.M. et al. "Cost Effectiveness of a Telerehabilitation Program to Support Chronically Ill and Disabled Elders in their Homes". *Telemedicine Journal and e-Health*, 15, 1, 2009, pp.31-38.

Bernabei, R. et al. "Randomised Trial of Impact of Model of Integrated Care and Case Management for Older People Living in Community". *British Medical Journal*, 316, 1998, pp.1348-1351.

Bishop, C.E. "Efficiency of Home Care: Notes for An Economic Approach To Resource Allocation". *Journal of Aging and Health*, 11, 3, 1999, pp.277-298.

Blackman, T. "Facing up to Underfunding: Equity and Retrenchment in Community Care". *Social Policy and Administration*, 32, 2, 1998, pp.182-195.

Bland, R. et al. *Efficiency, Effectiveness and Quality of Care in Old People's Homes in Scotland. Report of a Preliminary Study*. Stirling, Social Work Research Centre, 1989, pp.207.

Bouman, A. et al. "Effects on Health Care Use and Associated Cost of a Home Visiting Program for Older People with Poor Health Status: a Randomized Clinical Trial in the Netherlands". *The Journals of Gerontology*, 63a, 3, 2008, pp.291-297.

Bras, P.L. et al. *Améliorer la prise en charge des malades chroniques: les enseignements des expériences étrangères de "disease management"*. Paris, La Documentation Française, 2006, pp.210.

Brooker, D. *Person-Centred Dementia Care. Making Services Better*. Londres, Jessica Kingsley Publishers, 2007, pp.160.

Brooker, D. "What Is Person-Centred Care in Dementia?" *Reviews in Clinical Gerontology*, 13, 3, 2003, pp.215-222.

Brooker, D. et al. *The Enriched Opportunities Programme: a Cluster Randomised Controlled Trial of a New Approach to Living with Dementia and Other Mental Health Issues in Extracare Housing Schemes and Villages*. Bradford, University of Bradford, 2009, pp.57.

Brooker, D. Psychol, C. "Dementia Care Mapping: a Review of the Research Literature". *The Gerontologist*, 45, 1, 2005, pp.11-18.

Brooker, D.J. "Enriching Opportunities for People Living with Dementia in Nursing Homes: An Evaluation of a Multi-Level Activity-Based Model of Care". *Aging & Mental Health*, 11, 4, 2007, pp.361-370.

Brooker, D.J. Wooley, R.J. "Enriching Opportunities for People Living with Dementia: the Development of a Blueprint for a Sustainable Activity-Based Model". *Aging & Mental Health*, 11, 4, 2007, pp.371-383.

Butler, A. et al. *Sheltered Housing for the Elderly. Policy, Practice and the Consumer*. Londres, George Allen and Unwin, 1983, pp.225.

Cambridge, P. Knapp, M. "At What Cost?. Using Cost Information for Purchasing and Providing Community Care for People with Learning Disabilities". *British Journal of Learning Disabilities*, 25, 1, 1997, pp.7-12.

Camp, C.J. Skrajner, M.J. "Resident-Assisted Montessori Programming (Ramp). Training Persons with Dementia To Serve As Group Activity Leaders". *The Gerontologist*, 44, 3, 2004, pp.426-431.

Cattan, M. et al. *Low-Level Support for Socially Isolated Older People: An Evaluation of Telephone Befriending*. Leeds: Centre for Health Promotion Research, Leeds Metropolitan University, 2008, pp.107.

Centre for Policy on Ageing. *A Literature Review of the Likely Costs and Benefits of Legislation to Prohibit Age Discrimination in Health, Social Care and Mental Health Services and Definitions of Age Discrimination that Might Be Operationalised for Measurement*. Londres: Centre for Policy on Ageing, 2007, pp.31.

Challis, D. "The Effectiveness of Community Care". *Reviews in Clinical Gerontology*, 3, 1, 1993, pp.97-104.

Challis, D. Darton, R. Stewart, K. *Community Care, Secondary Health Care and Care Management*. Aldershot: Ashgate, 1998, pp.176.

Challis, D. et al. "The Value of Specialist Clinical Assessment of Older People Prior To Entry to Care Homes". *Age and Ageing*, 33, 1, 2004, pp.25-34.

Chappell, N.L. et al. "Comparative Costs of Home Care and Residential Care". *The Gerontologist*, 44, 3, 2004, pp.389-400.

Charlesworth, G. et al. *Does Befriending by Trained Lay Workers Improve Psychological Well-Being and Quality of Life for Carers of People with Dementia, and at What Cost? A Randomised Controlled Trial*. Serie: Health Technology Assessment Report, 4, Southampton, Nihl Coordinating Centre for Health Technology Assessment, 2008, pp.92.

Chenoweth, L. et al. "Caring for Aged Dementia Care Resident Study (Cadres) of Person Centred Care, Dementia Care Mapping, and Usual Care in Dementia: a Cluster Randomised Trial". *The Lancet Neurology*, 8, 4, 2009, pp.317-325.

Cheung, K.M. "Home Care Services for the Elderly: Cost Savings Implications to Medicaid". *Social Service Review*, 62, 1, 1988, pp.127-136.

Claes, C. et al. "Person-Centered Planning: Analysis of Research and Effectiveness". *Intellectual and Developmental Disabilities*, 48, 6, 2010, pp.432-453.

Clark, H. et al. *It Pays Dividends. Direct Payments and Older People*. Bristol: The Policy Press, 2004, pp.63.

Clarkson, P. et al. "Targeting, Care Management and Preventative Services for Older People: the Cost Effectiveness of a Pilot Self-Assessment Approach in One Local Authority". *British Journal of Social Work*, 40, 7, 2010, pp.2255-2273.

Coleman, E.A. et al. "The Care Transitions Intervention. Results of a Randomized Controlled Trial". *Archives of Internal Medicine*, 166, 2006, pp.1822-1828.

Collet, J. et al. "Efficacy of Integrated Interventions Combining Psychiatric Care and Nursing Home Care for Nursing Home Residents: a Review of the Literature". *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25, 1, 2010, pp.3-13.

Commission for Social Care Inspection. *Rights, Risks and Restraints. An Exploration into the Use of Restraint in the Care of Older People*. Newcastle: Commission for Social Care Inspection, 2007, pp.72.

Counsell, S.R. et al. "Cost Analysis of the Geriatric Resources for Assessment and Care of Elders Care Management Intervention". *Journal of the American Geriatrics Society*, 57, 8, 2009, pp.1420-1426.

Cox, C. Pearson, M. "Made To Care. *The Case for Residential and Village Communities for People with a Mental Handicap*. Londres: The Rannoch Trust, 1995, pp.17.

Cummings, J.E. et al. *Cost Effectiveness and Hospital-Based Home Care. En: Quality and Cost Containment in Care of the Elderly*. Nueva York: Springer, 1991, pp.158-174.

Curry, N. *Preventive Social Care. Is It Cost Effective?* Londres: King'S Fund, 2006, pp.48.

Curtice, L. et al. *Over the Threshold? An Exploration of Intensive Domiciliary Support for Older People*. Edinburgh: Scottish Executive, 2002, pp.127.

Dale, S.B. Brown, R. "Reducing Nursing Home Use through Consumer-Directed Personal Care Services". *Medical Care*, 44, 8, 2006, pp.760-767.

Daly, G. *Linkage Plus: Benefits for Older People*. Serie: Research Report, 554. Londres: Department for Work and Pensions, 2009, pp.89.

Davies, B. *Community Care of the Elderly: On the Evaluation of Strategic Innovations and Change*. Kent (UK): Personal Social Services Research Unit, 1990, pp.19.

Davies, B. et al. *Resources, Needs and Outcomes in Community-Based Care. a Comparative Study of the Production of Welfare for Elderly People in Ten Local Authorities in England and Wales*. Hants: Avebury, 1990, pp.493.

Davis, J.C. et al. "Does a Home-Based Strength and Balance Programme in People Aged =80 Years Provide the Best Value for Money to Prevent Falls?. A Systematic Review of Economic Evaluations of Falls Prevention Interventions". *British Journal of Sports Medicine*, 44, 2, 2010, pp.80-89.

Douglas, A. et al. *Living Independently with Support. Service Users` Perspectives on "Floating" Support*. Bristol: Policy Press, 1998, pp.64.

Drummond, M.F. et al. "Economic Evaluation of a Support Program for Caregivers of Demented Elderly". *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 7, 2, 1991, pp.209-219.

Dubler, N.N. "Improving the Discharge Planning Process: Distinguishing Between Coercion and Choice". *The Gerontologist*, 28, Suplemento, 1988, pp.76-81.

Dutton, R. "Extra Care" Housing and People with Dementia. *What Do We Know About What Works Regarding the Built and Social Environment, and the Provision of Care and Support? A Scoping Review of the Literature 1998-2008*. Londres: Department of Health, 2009, pp.116.

Easterbrook, L. Vallyly, S. *Is It That Time Already? Extra Care Housing at the End of Life: a Policy into Practice Evaluation*. Londres: Housing 21, 2008, pp.58.

Edvardsson, D. et al. "Development and Initial Testing of the Person Centered Care Assessment Tool (P-CAT)". *International Psychogeriatrics*, 22, 1, 2010, pp.101-108.

Eggink, E. Blank, J.L. *Efficiency of Homes for the Mentally Disabled in the Netherlands*. La Haya: Social and Cultural Planning Office, 2001, pp.112.

Elderly Care Research Unit. *Goal Negotiation in Three Models of Day Care: a Study of Relative Effectiveness and Cost Effectiveness*. Project Report. Southampton: Southampton General Hospital, 1998, pp.69.

Ellis, A. et al. "Buying Time II: An Economic Evaluation of a Joint NHS/Social Services Residential Rehabilitation Unit for Older People On Discharge From Hospital". *Health and Social Care in the Community*, 14, 2, 2006, pp.95-106.

Emerson, E. et al. "Costs and Outcomes of Community Residential Supports in England". En: *Costs and Outcomes of Community Services for People with Intellectual Disabilities*. Baltimore: Paul H. Brookes, 2005, pp.151-174.

Felce, D. "Is Community Care Expensive? The Costs and Benefits of Residential Models for People with Severe Mental Handicaps". *Mental Handicap*, 21, 1, 1993, pp.2-6.

Felce, D. Emerson, E. "Community Living. Costs, Outcomes, and Economies of Scale: Findings from U.K. Research". En: *Costs and Outcomes of Community Services for People with Intellectual Disabilities*. Baltimore: Paul H. Brookes, 2005, pp.45-62.

Felce, D. et al. "Outcomes and Costs of Community Living: Semi Independent Living and Fully Staffed Group Homes". *American Journal on Mental Retardation*, 113, 2, 2008, pp.87-101.

Felce, D. et al. "Service Support to People in Wales with Severe Intellectual Disability and the Most Severe Challenging Behaviours: Processes, Outcomes and Costs". *Journal of Intellectual Disability Research*, 42, 5, 1998, pp.390-408.

Ferlie, E. et al. *A Guide to Efficiency-Improving Innovations in the Care of the Frail Elderly*. Canterbury: Personal Social Services Research Unit, 1984, pp.450.

Forster, A. et al. "Is Physical Rehabilitation for Older People in Long Term Care Effective? Findings from a Systematic Review". *Age and Ageing*, 39, 2, 2010, pp.169-175.

Fortune, J.R. et al. "Individual Budgets According to Individual Needs. the Wyoming Doors System". En: *Costs and Outcomes of Community Services for People with Intellectual Disabilities*. Baltimore: Paul H. Brookes, 2005, pp.241-262.

Fossey, J. et al. "Effect of Enhanced Psychosocial Care on Antipsychotic Use in Nursing Home Residents with Severe Dementia: Cluster Randomised Trial". *British Medical Journal*, 2006, pp.332-337.

Frick, K.D. et al. "Evaluating the Cost Effectiveness of Fall Prevention Programs that Reduce Fall Related Hip Fractures in Older Adults". *Journal of the American Geriatrics Society*, 58, 1, 2010, pp.136-141.

García, M.C. Abenoza, M. "Consideraciones para el análisis coste-beneficio en la red socio-sanitaria". *Rehabilitación*, 38, 6, 2004, pp.362-367.

Gaugler, J.E. et al. "Evaluating Community-Based Programs for Dementia Caregivers: the Cost Implications of Adult Day Services". *Journal of Applied Gerontology*, 22, 1, 2003, pp.118-133.

Glendinning, C. et al. *Evaluation of the Individual Budgets Pilot Programme. Final Report*. York: Individual Budgets Evaluation Network, 2008, pp.327.

Godfrey, M. et al. *Home Care: Review of Effectiveness and Outcomes*. Exeter: Centre for Evidence-Based Social Services, 2000, pp.87.

Gomez, A. *Asignación de un tamaño óptimo a las residencias de tercera edad*. Donostia-San Sebastián: Fondo De Documentación del SIIS, 1995, pp.30.

Grabowski, D.C. "The Cost-Effectiveness of Noninstitutional Long-Term Care Services: Review and Synthesis of the Most Recent Evidence". *Medical Care Research and Review*, 63, 1, 2006, pp.3-28.

Gravolin, M. et al. "Intervenciones de apoyo al proceso de toma de decisiones para ancianos que se enfrentan con la posibilidad de atención residencial a largo plazo // Interventions to Support the Decision-Making Process for Older People Facing the Possibility of Long-Term Residential Care". Serie: La Biblioteca Cochrane Plus, 2, West Sussex, John Wiley and Sons, 2008, pp.12.

Greene, V.L. et al. *Reducing Nursing Home Use Through Community Long-Term Care: An Optimization Analysis Using Data From the National Channeling Demonstration*. Washington: U.S. Department of Health and Human Services, 1992, pp.35.

Greene, V.L. et al. "Reducing Nursing Home Use through Community Long-Term Care: An Optimization Analysis". *The Journals of Gerontology*, 50b, 4, 1995, pp.S259-S268.

Greene, V.L. et al. "The Cost-Effectiveness of Community Services in a Frail Elderly Population". *The Gerontologist*, 33, 2, 1993, pp.177-189.

Guadalajara, N. Borrás, S. "Modelo de comportamiento de los costes en los centros residenciales para la tercera edad". *Revista de Gerontología*, 7, 4, 1997, pp.234-240.

Hall, S. et al. "Interventions for Improving Palliative Care for Older People Living in Nursing Care Homes (Review)". Serie: the Cochrane Library, 3, West Sussex, John Wiley and Sons, 2011, pp.31.

Hallam, A. et al. "Costs of Village Community, Residential Campus and Dispersed Housing Provision for People with Intellectual Disability". *Journal of Intellectual Disability Research*, 46, 5, 2002, pp.394-404.

Hay, J. et al. "Cost-Effectiveness of Preventive Occupational Therapy for Independent-Living Older Adults". *Journal of the American Geriatrics Society*, 50, 8, 2002, pp.1381-1388.

Head, M.J. Conroy, J.W. "Outcomes of Self-Determination in Michigan. Quality and Costs". En: *Costs and Outcomes of Community Services for People with Intellectual Disabilities*. Baltimore : Paul H. Brookes, 2005, pp.219-240.

Hebert, R. et al. "Les Impacts du Réseau Intégré de Services Prisma". *Gérontologie et Société*, 124, 2008, pp.15-47.

Hektoen, L.F. et al. "Cost-Effectiveness in Fall Prevention for Older Women". *Scandinavian Journal of Public Health*, 37, 6, 2009, pp.584-589.

Heywood, F. *Money Well Spent: the Effectiveness and Value of Housing Adaptations*. Brighton: Joseph Rowntree Foundation, 2001, pp.58.

Heywood, F. Turner, L. *Better Outcomes, Lower Cost. Implications for Health and Social Care Budgets of Investment in Housing Adaptations, Improvements and Equipment: a Review of the Evidence*. Londres: HM Government, 2007, pp.126.

Higgins, L. Mansell, J. "Quality of Life in Group Homes and Older Persons' Homes". *British Journal of Learning Disabilities*, 37, 3, 2009, pp.207-212.

Higginson, I.J. et al. "Is There Evidence That Palliative Care Teams Alter End-Of-Life Experiences of Patients and Their Caregivers?" *Journal of Pain and Symptom Management*, 25, 2, 2003, pp.150-168.

Hoeffler, B. et al. "Assisting Cognitively Impaired Nursing Home Residents with Bathing: Effects of Two Bathing Interventions on Caregiving". *The Gerontologist*, 46, 4, 2006, pp.524-532.

Hughes, S.L. et al. "Impact of Home Care On Hospital Days: a meta Analysis". *Health Services Research*, 32, 4, 1997, pp.415-432.

Hurstfield, J. et al. *The Costs and Benefits of Independent Living*. Londres: HM Government, 2007, pp.140.

Huss, A. et al. "Multidimensional Preventive Home Visit Programs for Community Dwelling Older Adults: a Systematic Review and Meta Analysis of Randomized Controlled Trials". *The Journals of Gerontology*, 63a, 3, 2008, pp.298-307.

Innes, A. et al. *Promoting Person-Centred Care at the Front Line*. York: Joseph Rowntree Foundation, 2006, pp.94.

Irvine, L. et al. "Cost Effectiveness of a Day Hospital Falls Prevention Programme for Screened Community Dwelling Older People at High Risk of Falls". *Age and Ageing*, 39, 6, 2010, pp.710-716.

Johri, M. et al. "International Experiments in Integrated Care for the Elderly: a Synthesis of the Evidence". *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 3, 2003, pp.222-235.

Kaambwa, B. et al. "Costs and Health Outcomes of Intermediate Care: Results from Five UK Case Study Sites". *Health and Social Care in the Community*, 16, 6, 2008, pp.573-581.

Kaisik, B. Ceslowitz, S.B. "Easing the Fear of Nursing Home Placements: the Value of Stress Inoculation". *Geriatric Nursing*, 17, 4, 1996, pp.182-186.

Kane, R.A. et al. "What Cost Case Management in Long-Term Care?" *Social Service Review*, 65, 2, 1991, pp.281-303.

Kennedy, A. et al. "The Effectiveness and Cost Effectiveness of a National Lay-Led Self Care Support Programme for Patients with Long-Term Conditions: a Pragmatic Randomised Controlled Trial". *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61, 3, 2007, pp.254-261.

Knapp, M. "Searching for Efficiency in Long-Term Care: De-Institutionalisation and Privatisation". *British Journal of Social Work*, 18, Suplemento, 1988, pp.149-171.

Kong, E.H. et al. "Nonpharmacological Intervention for Agitation in Dementia: a Systematic Review and Meta-Analysis". *Aging & Mental Health*, 13, 4, 2009, pp.512-520.

Lai, C.K.Y. et al. "Unidades de atención especial para pacientes con demencia que presentan problemas de conducta // Special Care Units for Dementia Individuals with Behavioural Problems". Serie: La Biblioteca Cochrane Plus, 4, 2009, pp.36.

Laing, W. *A Fair Price for Care? Disparities Between Market Rates for Nursing // Residential Care and What State Funding Agencies Will Pay*. York: Joseph Rowntree Foundation, 1998, pp.29.

Lakin, K.C. et al. "Home and Community-Based Services. Costs, Utilization, and Outcomes". En: *Costs and Outcomes of Community Services for People with Intellectual Disabilities*. Baltimore: Paul H. Brookes, 2005, pp.91-127.

Lansley, P. et al. "Can Adapting the Homes of Older People and Providing Assistive Technology Pay Its Way?". *Age and Ageing*, 33, 6, 2004, pp.571-576.

Lascorz, D. et al. "Estudio comparativo coste-eficiencia en un dispositivo residencial para enfermos con trastorno mental severo". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 29, 103, 2009, pp.191-201.

Lawson, R. *Change and Its Management in Community Social Services for Elderly People*. Canterbury (UK): Personal Social Services Research Unit, 1989, pp.42.

Le Mesurier, N. *Enhancing Independence: An Evaluation of the Effectiveness of Re-ablement Provision in South Worcestershire*. Birmingham: University of Birmingham, 1998, pp.35.

Leunt, A.C. et al. "Cost-Benefit Analysis of a Case Management Project for the Community-Dwelling Frail Elderly in Hong Kong". *Journal of Applied Gerontology*, 23, 1, 2004, pp.170-185.

Mackenbach, J.P. et al. *Economic Implications of Socio Economic Inequalities in Health in the European Union*. Luxemburgo: European Communities, 2007, pp.166.

Mansell, J. Beadle-Brown, J. *Dispersed or Clustered. Housing for Disabled Adults: a Systematic Review*. Serie: Disability Research Series, 12, Dublin, National Disability Authority, 2008, pp.151.

Mansell, J. et al. *Deinstitutionalisation and Community Living. Outcomes and Costs: Report of a European Study. Volume 2: Main Report*. Canterbury: Tizard Centre, 2007, pp.140.

Mansell, J. et al. "Deinstitutionalisation and Community Living: Position Statement of the Comparative Policy and Practice Special Interest Research Group of the International Association for the Scientific Study of Intellectual Disabilities". *Journal of Intellectual Disability Research*, 54, 2, 2010, pp.104-112.

Mansell, J. et al. "Health Service Inpatient Units for People with Intellectual Disabilities and Challenging Behaviour or Mental Health Problems". *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 23, 6, 2010, pp.552-559.

Markle-Reid, M. et al. "Health Promotion for Frail Older Home Care Clients". *Journal of Advanced Nursing*, 54, 3, 2006, pp.381-395.

Markle-Reid, M. et al. "Seniors at Risk: the Association Between the Six-Month Use of Publicly Funded Home Support Services and Quality of Life and Use of Health Services for Older People". *Canadian Journal on Aging*, 27, 2, 2008, pp.207-224.

Markle-Reid, M. et al. "The Effectiveness and Efficiency of Home-Based Nursing Health Promotion for Older People: a Review of the Literature". *Medical Care Research and Review*, 63, 5, 2006, pp.531-569.

Mason, A. et al. *A Systematic Review of the Effectiveness and Cost-Effectiveness of Different Models of Community-Based Respite Care for Frail Older People and Their Carers*. Serie: Health Technology Assessment Report, 15. Southampton: NIHR Coordinating Centre for Health Technology Assessment, 2007, pp.180.

Mason, A. et al. "The Effectiveness and Cost-Effectiveness of Respite for Caregivers of Frail Older People". *Journal of the American Geriatrics Society*, 55, 2, 2007, pp.290-299.

Mccormack, B. "Person-Centredness in Gerontological Nursing: An Overview of the Literature". *Journal of Clinical Nursing*, 13, 3a, 2004, pp.31-38.

Mcdonnell, A. *The Effectiveness of Training in Physical Intervention*. En: *Ethical Approaches to Physical Interventions. Volume II: Changing the Agenda*. Kidderminster: Bild Publications, 2009, pp.3-36.

Mcleod, B. Mair, M. *Evaluation of City of Edinburgh Council Home Care Re-ablement Service*. Edinburgh: Scottish Government Social Research, 2009, pp.69.

Melis, R.J.F. et al. "Cost-effectiveness of a multidisciplinary intervention model for community-dwelling frail older people". *The Journals of Gerontology*, vol. 63A, n° 3, 2008, pp. 275-282.

Meyer, H. "A New Care Paradigm Slashes Hospital Use and Nursing Home Stays for the Elderly and the Physically and Mentally Disabled". *Health Affairs*, 30, 3, 2011, pp.412-415.

Miller, P. et al. "Economic Analysis of an Early Discharge Rehabilitation Service for Older People". *Age and Ageing*, 34, 3, 2005, pp.274-280.

Mitton, C. et al. "Priority Setting in a Canadian Long-Term Care Setting: a Case Study Using Program Budgeting and Marginal Analysis". *Canadian Journal on Aging*, 22, 3, 2003, pp.311-322.

Mizrahi, A. *Les Services De Soins à Domicile. Cout Et Efficacité*. Paris : CreDES, 1988, pp.15.

Mohler, R. et al. "Interventions for Preventing and Reducing the Use of Physical Restraints in Long-Term Geriatric Care (Review)". Serie: The Cochrane Library, 2, West Sussex, John Wiley and Sons, 2011, pp.34.

Montgomery, P. et al. "Asistencia personal para adultos mayores de 65 años sin demencia // Personal Assistance for Older Adults (65+) Without Dementia". Serie: La Biblioteca Cochrane Plus, 4, 2008, pp.41.

Mrinska, O. *Integrating Health and Social Care Budgets. A Case for Debate*. Londres: Institute for Public Policy Research, 2010, pp.18.

Mukamel, D.B. et al. "The Effect of Accurate Patient Screening On the Cost-Effectiveness of Case Management Programs". *The Gerontologist*, 37, 6, 1997, pp.777-784.

Neville, C.C. Byrne, G.J.A. "The Impact of Residential Respite Care on the Behaviour of Older People with Dementia: Literature Review". *International Journal of Older People Nursing*, 2, 1, 2007, pp.2-8.

Nichols, L.O. et al. "The Cost-Effectiveness of a Behavior Intervention with Caregivers of Patients with Alzheimer's Disease". *Journal of the American Geriatrics Society*, 56, 3, 2008, pp.413-420.

Nolan, M. et al. "Transitions in Care Homes: Towards Relationship-Centred Care Using the Senses Framework". *Quality in Ageing, Policy, Practice and Research*, 7, 3, 2006, pp.5-14.

Noro, A. *Long-Term Institutional Care among Finnish Elderly Population. Trends and Potential for Discharge*. Helsinki: Stakes National Research and Development Centre for Welfare and Health, 1998, pp.366.

Nyman, J.A. "Assisted Living: Will It Reduce Long-Term Care Costs?" *Journal of Aging and Social Policy*, 6, 4, 1994, pp.33-51.

O'hagan, G. Owens, C. *Inspection of Social Care Services for Older People. Milton Keynes Borough Council*. Londres: Social Services Inspectorate, 2000, pp.72.

O'reilly, J. et al. "Post-Acute Care for Older People in Community Hospitals. A Cost-Effectiveness Analysis Within a Multi-Centre Randomised Controlled Trial". *Age and Ageing*, 37, 5, 2008, pp.513-520.

O'shea, E. Costello, J. "Boarding Out As An Option for the Care of Elderly People.". *Age and Ageing*, 20, 2, 1991, pp.95-99.

Osteba - Evaluación de Tecnologías Sanitarias *Análisis de la eficacia de los tratamientos y coste de la enfermedad de Alzheimer en la CAPV*. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritza, 1998, pp.72.

Ottenbacher, M.W.C "Effectiveness of Assistive Technology and Environmental Interventions in Maintaining Independence and Reducing Home Care Costs for the Frail Elderly: a Randomized Controlled Trial". *Archives of Family Medicine*, 8, 3, 1999, pp.210-217.

Pacolet, J. et al. (Ed.) *Time to Care. the Cost of Formal and Informal Care for Persons with Alzheimer's Disease. Pilot Study in Five EU Member States*. Leuven: Katholieke Universiteit Leuven, 2001, pp.225.

Parker, S.G. et al. *A Systematic Review of Discharge Arrangements for Older People*. Serie: Health Technology Assessment Report, 4. Southampton: NiHR Coordinating Centre for Health Technology Assessment, 2002, pp.191.

Parley, F.F. "Person-Centred Outcomes. Are Outcomes Improved Where a Person-Centred Care Model Is Used?" *Journal of Intellectual Disabilities*, 5, 4, 2001, pp.299-308.

Parry, C. et al. "The Care Transitions Intervention: a Patient-Centered Approach to Ensuring Effective Transfers between Sites of Geriatric Care". *Home Health Care Services Quarterly*, 22, 3, 2003, pp.1-17.

Patmore, C. "Improving Home Care Quality: An Individual-Centred Approach". *Quality in Ageing. Policy, Practice and Research*, 2, 3, 2001, pp.15-24.

Patmore, C. *Towards Flexible, Person-Centred Home Care Services. A Guide to Some Useful Literature for Planning, Managing or Evaluating Services for Older People*. York: Social Policy Research Unit, 2002, pp.54.

Patmore, C. McNulty, A. *Making Home Care for Older People More Flexible and Person-Centred. Factors Which Promote This*. York: University of York, 2005, pp.35.

Pickard, L. *The Effectiveness and Cost-Effectiveness of Support and Services to Informal Carers of Older People. A Review of the Literature Prepared for the Audit Commission*. Londres: Audit Commission, 2003, pp.90.

Poveda, R. et al. *Análisis de costes y beneficios de la incorporación de productos de apoyo como extensión de los servicios de atención a domicilio en población mayor con dependencia* (ponencia presentada en el I congreso REPS-Red Española de Política Social. Oviedo, noviembre 2009). Madrid: Centro De Ciencias Humanas Y Sociales, 2009, pp.16.

Qureshi, H. (Ed.) *Outcomes in Community Care Practice. Number Seven: Outcomes in Social Care Practice*. Serie: SPRU Series. York: Social Policy Research Unit, 2001, pp.207.

Renshaw, J. "Care in the Community: Individual Care Planning and Case Management". *British Journal of Social Work*, 18, Suplemento, 1988, pp.79-105.

Richards, K.C. et al. "Effect of Individualized Social Activity on Sleep in Nursing Home Residents with Dementia". *Journal of the American Geriatrics Society*, 53, 9, 2005, pp.1510-1517.

Richardson, G. et al. "Cost Effectiveness of the Expert Patients Programme (EPP) for Patients with Chronic Conditions". *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62, 4, 2008, pp.361-367.

Robertson, J. et al. "Análisis longitudinal del impacto y coste de la planificación centrada en la persona para personas con discapacidad intelectual en Inglaterra". *Siglo Cero*, 39(1), 225, 2008, pp.5-30.

Robertson, J. et al. "Longitudinal Analysis of the Impact and Cost of Person-Centered Planning for People with Intellectual Disabilities in England". *American Journal on Mental Retardation*, 111, 6, 2006, pp.400-416.

Robertson, J. et al. "Quality and Costs of Community-Based Residential Supports for People with Mental Retardation and Challenging Behavior". *American Journal on Mental Retardation*, 109, 4, 2004, pp.332-344.

Rudolph, C. et al. "Evaluation of Outcomes and Cost-Effectiveness of a Community Behavioral Support and Crisis Response Demonstration Project". *Mental Retardation*, 36, 3, 1998, pp.187-197.

Ryan, M. "Caring for People with Learning Difficulties in Scotland: Comparative Costs". *British Journal of Learning Disabilities*, 22, 2, 1994, pp.57-61.

Ryan, P. et al. "The Enduring Relevance of Case Management". *British Journal of Social Work*, 29, 1, 1999, pp.97-125.

Ryan, T. et al. "Using the Senses Framework to Achieve Relationship-Centred Dementia Care Services. A Case Example". *Dementia*, 7, 1, 2008, pp.71-93.

Sahlen, K.G. et al. "Preventive Home Visits to Older People Are Cost-Effective". *Scandinavian Journal of Public Health*, 36, 3, 2008, pp.265-271.

Sanderson, D. et al. *Evaluation of the Powered Wheelchair and Voucher Scheme Initiatives. Final Report*. York: University of York, 1999, pp.66.

Sanderson, D. Wright, D. *Final Evaluation of the Carats Initiatives in Rotherham. Report*. York: University of York, 1999, pp.230.

Schmid, H. Nirel, R. "Relationships between Organizational Properties and Service Effectiveness in Home Care Organizations". *Journal of Social Service Research*, 20, 3-4, 1995, pp.71-92.

Schwab, T.C. et al. "Home- and Community-Based Alternatives To Nursing Homes: Services and Costs To Maintain Nursing Home Eligible Individuals at Home". *Journal of Aging and Health*, 15, 2, 2003, pp.353-370.

Shaw, C. et al. *Systematic Review of Respite Care in the Frail Elderly*. Serie: Health Technology Assessment Report, 20. Southampton: NIHR Coordinating Centre for Health Technology Assessment, 2009, pp.262.

SIIS-Centro de Documentación y Estudios "Análisis de la variabilidad del coste plaza condicionada por el tamaño de los centros residenciales". *Zerbitzuan*, 29, 1996, pp.42-47.

Solano, J.J. "Algunas consideraciones respecto a los estudios coste-efectividad dirigidos a evaluar los servicios de atención al anciano". *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 8, 2, 1998, pp.69-71.

Spreat, S. et al. "A Cost-Benefit Analysis of Community and Institutional Placements for Persons with Mental Retardation in Oklahoma". *Research in Developmental Disabilities*, 26, 1, 2005, pp.17-31.

Stainton, T. et al. "Independence Pays: a Cost and Resource Analysis of Direct Payments in Two Local Authorities". *Disability and Society*, 24, 2, 2009, pp.161-172.

Stancliffe, R.J. Keane, S. "Outcomes and Costs of Community Living: a Matched Comparison of Group Homes and Semi-Independent Living". *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 25, 4, 2000, pp.281-305.

Stancliffe, R.J. Lakin, C. "Costs and Outcomes of Community Services for Persons with Intellectual and Developmental Disabilities". *Policy Research Brief*, 15, 1, 2004, pp.12.

Stancliffe, R.J. Lakin, K.C. (Ed.) *Costs and Outcomes of Community Services for People with Intellectual Disabilities*. Baltimore: Paul H. Brookes, 2005, pp.346.

Steiner, A. et al. *Intermediate Care. Shifting the Money*. Serie: Intermediate Care Series, 4. Londres: King`S Fund Publishing, 1999, pp.38.

Steventon, A. et al. *An Evaluation of the Impact of Community-Based Interventions on Hospital Use. Research Report*. Londres: The Nuffield Trust, 2011, pp.54.

Stewart, S. et al. "Are Occupational Therapists More Effective Than Social Workers When Assessing Frail Older People? Results of Camelot, a Randomised Controlled Trial". *Age and Ageing*, 34, 1, 2005, pp.41-46.

Stuck, A.E. et al. "A Trial of Annual In-Home Comprehensive Geriatric Assessments for Elderly People Living in the Community". *The New England Journal of Medicine*, 333, 18, 1995, pp.1184-1189.

Stuck, A.E. et al. "Home Visits to Prevent Nursing Home Admission and Functional Decline in Elderly People: Systematic Review and Meta Regression Analysis". *Journal of the American Medical Association*, 287, 8, 2002, pp.1022-1028.

Thomas, R.E. et al. "A Literature Review of Randomized Controlled Trials of the Organization of Care at the End of Life". *Canadian Journal on Aging*, 25, 3, 2006, pp.271-293.

Timonen, V. *Evaluation of Homecare Grant Schemes in the NAHB and ECAHB*. Dublin: Eastern Regional Health Authority, 2004, pp.85.

Toseland, R.W. Smith, T.L. "The Impact of a Caregiver Health Education Program On Health Care Costs". *Research On Social Work Practice*, 16, 1, 2006, pp.9-19.

Tousignant, M. et al. "Economic Evaluation of a Geriatric Day Hospital: Cost-Benefit Analysis Based On Functional Autonomy Changes". *Age and Ageing*, 32, 1, 2003, pp.53-59.

Trahey, P.J. "A Comparison of the Cost-Effectiveness of Two Types of Occupational Therapy Services". *The American Journal of Occupational Therapy*, 45, 5, 1991, pp.397-408.

*Turning Point Benefits Realisation: Assessing the Evidence for the Cost Benefit and Cost Effectiveness of Integrated Health and Social Care*. Londres: Turning Point, 2010, pp.54.

Tyson, A. et al. *A Report On in Control's Third Phase. Evaluation and Learning 2008-2009*. Londres: In Control, 2010, pp.178.

Van Haastregt, J.C.M. et al. "Effects of Preventive Home Visits to Elderly People Living in the Community: Systematic Review". *British Medical Journal*, 320, 2000, pp.754-758.

Varios autores "Mental and Physical Frailty in Older People: the Costs and Benefits of Informal Care". *Ageing and Society*, 18, 3, 1998, pp.317-354.

Varios Autores "The Assessment of Assistive Technology Outcomes, Effects and Costs". *Technology and Disability*, 14, 3, 2002, pp.54.

Varios Autores. *The Way to Go Home: Rehabilitation and Remedial Services for Older People*. Serie: Promoting Independence, 4. Londres: Audit Commission, 2000, pp.109.

Vasse, E. et al. "A Systematic Review of Communication Strategies for People with Dementia in Residential and Nursing Homes". *International Psychogeriatrics*, 22, 2, 2009, pp.189-200.

Vondeling, H. "Economic Evaluation of Integrated Care: An Introduction". *International Journal of Integrated Care*, 4, March, 2004, pp.1-12.

Wagner, L.M. et al. "Description of an Advanced Practice Nursing Consultative Model to Reduce Restrictive Side-rail Use in Nursing Homes". *Research in Nursing and Health*, 30, 2, 2007, pp.131-140.

Ward, D. et al. "Ámbitos de atención domiciliaria versus hospitalaria y del propio domicilio para la rehabilitación de ancianos // Care Home Versus Hospital and Own Home Environments for Rehabilitation of Older People". Serie: La Biblioteca Cochrane Plus, 2, West Sussex, John Wiley and Sons, 2008, pp.16.

Watt, S. et al. "Community Care for People with Chronic Conditions: An Analysis of Nine Studies of Health and Social Service Utilization in Ontario". *The Milbank Quarterly*, 77, 3, 1999, pp.363-392.

Weimer, D.L. Sager, M.A. "Early Identification and Treatment of Alzheimer's Disease: Social and Fiscal Outcomes". *Alzheimer's and Dementia*, 5, 3, 2009, pp.215-226.

Weir, R. et al. "The Efficacy and Efficiency of the Quick Response Program: a Randomized Controlled Trial". *Canadian Journal on Aging*, 17, 3, 1998, pp.272-295.

Weissert, W.G. "Community-Based Long Term Care: a Prospective Budgeting Strategy for Achieving Cost Effectiveness". En: *Quality and Cost Containment in Care of the Elderly*. Nueva York: Springer, 1991, pp.175-189.

White, D.L. et al. "Development and Initial Testing of a Measure of Person-Directed Care". *The Gerontologist*, 48, Supl. 1, 2008, pp.114-123.

Wieland, D. et al. "Five Year Survival in a Program of All Inclusive Care for Elderly Compared with Alternative Institutional and Home and Community Based Care". *The Journals of Gerontology*, 65a, 7, 2010, pp.721-726.

Williams, A.P. et al. "Long-Term Care Goes To Market: Managed Competition and Ontario's Reform of Community-Based Services". *Canadian Journal on Aging*, 18, 2, 1999, pp.125-153.

Wilson, E. et al. "Befriending Carers of People with Dementia: a Cost Utility Analysis". *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24, 6, 2009, pp.610-623.

Wimo, A. et al. "Cost-Effectiveness Analysis of Day Care for Patients with Dementia Disorders". *Health Economics*, 3, 6, 1994, pp.395-404.

Wimo, A. et al. "Cost-Utility Analysis of Group Living in Dementia Care". *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 11, 1, 1995, pp.49-65.

Windle, K. et al. *National Evaluation of Partnerships for Older People Projects. Final Report*. Kent: Personal Social Services Research Unit, 2009, pp.302.

Woolham, J. "The Effectiveness of Assessment and Care Planning in a Care at Home Service: a Plea for Reliability in Social Work Assessments to Improve Equity in Provision". *Social Services Research*, 4, 1996, pp.8-28.

Wright, K. *Cost-Effectiveness in Community Care*. Discussion Paper 33. York (UK): Centre for Health Economics, 1987, pp.48.

Wright, K. et al. *Evaluating Community Care. Services for People with Learning Difficulties*. Buckingham: Open University Press, 1994, pp.191.

Wynia, K. et al. "Design of a Randomised Controlled Trial (RCT) on the Effectiveness of a Dutch Patient Advocacy Case Management Intervention among Severely Disabled Multiple Sclerosis Patients". *BMC Health Services Research*, 10, 142, 2010, pp.1-10.

Zapiain, A. "Centros de atención diurna para mayores: aproximación a un modelo de coste estandarizado". *Zerbitzuan*, 37, 1999, pp.5-18.

Zarb, G. Nadash, P. *Cashing in on Independence: Comparing the Cost and Benefits of Cash and Services for Meeting Disabled Peoples' Support Needs*. Londres: British Council of Organisations of Disabled People, The, 1994, pp.202.

**ANEXO:  
FICHAS INDIVIDUALES DE LOS ESTUDIOS INCLUIDOS EN LA REVISIÓN**

<b>ID Estudio</b>	3
<b>Referencia</b>	O'Shea, E. y Costello, J. "Boarding Out As An Option for the Care of Elderly People.". <i>Age and Ageing</i> , 20, 2, 1991, pp. 95-99.
<b>País</b>	Irlanda
<b>Ámbito geográfico</b>	
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Fórmulas de alojamiento en la comunidad
<b>Población destinataria</b>	Personas mayores que no pueden vivir de forma independiente en su hogar pero que no requieren atención personal diaria.
<b>Descripción de la intervención</b>	<p>Se trata de un modelo de atención que se estaba probando en Irlanda en el momento de publicación del artículo (años 90). Consiste en dar alojamiento a la persona mayor en un domicilio privado con una persona cuidadora que normalmente no pertenece a su familia. Las personas cuidadoras reciben 20 libras irlandesas semanales de la administración competente en sanidad y servicios sociales y la persona mayor aporta aproximadamente la misma cantidad de su pensión.</p> <p>La administración se encarga de dar el visto bueno a los domicilios que desean acogerse al programa y se encarga de su inspección semestral. Asimismo, en caso de crisis, la administración se hace cargo inmediatamente de la persona mayor.</p> <p>Las personas que viven en estos hogares de acogida, además de la atención del "ama de casa", normalmente hacen uso de los servicios comunitarios habituales, enfermería a domicilio, médico de familia, centro de día, etc.</p>
<b>Intensidad de la intervención</b>	
<b>Objetivos de la intervención</b>	Reducir el coste
<b>Profesionales que intervienen</b>	
<b>Intervención con la que se compara</b>	Atención residencial
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	Se compara con los llamados "welfare homes", que serían el equivalente a una vivienda comunitaria. Se trata de alojamientos con una intensidad de apoyo media y se diferencian de los "nursing homes".
<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	<p>Se comparan los costes de la atención prestada a dos pequeños grupos de personas mayores con un grado de dependencia similar: un grupo de personas atendidas en acogimiento familiar (N=13) y otro grupo de personas que viven en viviendas comunitarias (N=13).</p> <p>En primer lugar, se seleccionaron las 13 personas que estaban viviendo en 3 hogares de acogida. A continuación se procuró seleccionar una muestra de</p>

	<p>características similares entre las personas que estaban alojadas en viviendas comunitarias.</p> <p>Se trata de un estudio de minimización de costes. Se establece como premisa que no existen diferencias entre ambos tipos de alojamiento en lo que se refiere a la calidad de la atención, a los efectos sobre la salud de las personas o a la satisfacción de los usuarios/as. Partiendo de esta premisa, se calcula el coste de cada una de las alternativas de cuidado, para ver cuál es menos costosa.</p>
<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la intervención</b>	<p>Los costes se dividen en gastos corrientes de funcionamiento, gastos de capital, consumo personal y visitas familiares. Los conceptos incluidos en cada modalidad de alojamiento son los siguientes:</p> <p>En viviendas comunitarias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- gastos corrientes, que incluyen gastos de personal (enfermeras y cuidadoras) gastos de manutención, lavandería, limpieza, etc.;</li> <li>- visitas del médico de familia,</li> <li>- medicación</li> <li>- Gastos de capital</li> <li>- Consumo personal</li> <li>- Visitas de familiares: se consideran como una actividad de ocio (75% del tiempo) que conlleva una pérdida de productividad (25%) y que, por lo tanto, tiene un coste de oportunidad para los visitantes. A esto se le añade una estimación del coste de los desplazamientos.</li> </ul> <p>En los hogares de acogida:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gratificaciones a los cuidadores</li> <li>- Costes de funcionamiento del centro de día</li> <li>- Visitas al médico de familia</li> <li>- Desplazamientos por visitas al médico de familia</li> <li>- Medicación</li> <li>- Visitas domiciliarias de enfermería</li> <li>- Desplazamientos de las enfermeras</li> <li>- Salario del conductor</li> <li>- Gastos de capital: incluye el gasto de mantenimiento del hogar, del centro de día y de los minibuses.</li> <li>- Consumo personal</li> <li>- Visitas de familiares: se calcula igual que en el caso de las viviendas comunitarias.</li> </ul>
<b>Tipo de evaluación económica</b>	1. Estudio de minimización de costes
<b>Validez interna del estudio</b>	Pobre
<b>Validez externa del estudio</b>	Limitada
<b>Calidad del estudio de evaluación económica</b>	Buena
<b>Principales resultados sobre efectivi-</b>	El análisis realizado confirma que el coste de mantener a una persona mayor en un hogar de acogida es prácticamente la mitad de lo que cuesta su

<b>dad</b>	atención en una vivienda comunitaria.
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	92 libras irlandesas semanales por persona (precios de 1986)
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	210,95 libras irlandesas semanales por persona (precios de 1986)
<b>Otros resultados</b>	
<b>Limitaciones del estudio</b>	
<b>Conclusiones</b>	<p>El estudio confirma que el coste de la atención en hogares de acogida es mucho menos costosa que en viviendas comunitarias convencionales. Dado que, en el momento de publicar el estudio, la administración competente en sanidad y servicios sociales mantenía un control bastante estricto de la calidad de la atención prestada en los hogares de acogida, se puede pensar que el estándar de cuidados ofrecidos era similar al de las viviendas comunitarias. Por otra parte, los datos disponibles hasta el momento parecen indicar que los hogares de acogida son superiores a los servicios residenciales habituales en lo que respecta a las posibilidades de elección y participación que ofrecen a las personas que viven en ellas.</p> <p>No obstante, los autores reconocen que se necesitan estudios adicionales que midan de manera objetiva la calidad de la atención prestada y los resultados que se obtienen en términos de estado de salud, capacidad funcional, capacidad de elección, etc.</p> <p>Por otra parte, los autores señalan también que la calidad de vida de las personas que viven en estos centros de acogida depende en gran medida de los servicios comunitarios (centro de día, médico, enfermería a domicilio, etc.) disponibles en el entorno. La adopción generalizada de los hogares de acogida como fórmula de atención de personas mayores con dependencia ligera exigiría probablemente incrementar las plazas en servicios comunitarios.</p>
<b>Relación coste-efectividad</b>	<p>El estudio ha comprobado que los hogares de acogida para personas mayores resultan ventajosos desde el punto de vista del coste, ofreciendo, supuestamente, una calidad de atención y unos resultados similares a los que se dan en viviendas comunitarias tradicionales. No obstante, este estudio no ha analizado los beneficios que aporta y, por lo tanto, no se hacen afirmaciones rotundas a este respecto.</p>

<b>ID Estudio</b>	7
<b>Referencia</b>	Wright, K. "Cost-Effectiveness in Community Care. Discussion Paper 33". York (UK), Centre for Health Economics, 1987, pp. 48.
<b>País</b>	Reino Unido
<b>Ámbito geográfico</b>	
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Ayuda a domicilio
<b>Población destinataria</b>	Personas mayores, personas con discapacidad intelectual y personas con enfermedad mental crónica.
<b>Descripción de la intervención</b>	
<b>Intensidad de la intervención</b>	
<b>Objetivos de la intervención</b>	Retrasar o evitar la institucionalización Incrementar el grado de satisfacción de las personas usuarias
<b>Profesionales que intervienen</b>	
<b>Intervención con la que se compara</b>	Atención residencial
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	
<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	Se trata de una revisión de la literatura de 1987 sobre coste-eficacia en modelos de cuidado alternativo a personas mayores, personas con discapacidad intelectual y personas con enfermedad mental crónica. En esta ficha se van a recoger los datos que conciernen solamente al colectivo de personas mayores.
<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la intervención</b>	
<b>Tipo de evaluación económica</b>	2. Estudio coste-eficacia
<b>Validez interna del estudio</b>	No aplicable
<b>Validez externa del estudio</b>	No aplicable
<b>Calidad del estudio de evaluación eco-</b>	No aplicable

<b>nómica</b>	
<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	<p>La atención a domicilio permite a las personas mayores que vivan en sus domicilios y se previene los ingresos residenciales.</p> <p>En relación con colectivos concretos, la revisión muestra que:</p> <p>En el caso de aquellas personas confinadas en su domicilio que viven solas, si reciben la atención necesaria a domicilio se puede evitar de manera significativa el ingreso en residencias. Si se proporciona una buena gestión de casos y se atienden todas las necesidades de este colectivo, los resultados de la investigación muestran que la intervención a domicilio puede prevenir de ingresos residenciales.</p> <p>Las personas con discapacidad severa con cuidadores en riesgo de no poder atenderles también se beneficiarían de una intervención intensiva a domicilio que sería menos costosa que la atención residencial.</p>
	<p>La atención a domicilio es el tipo de intervención preferida por las personas mayores.</p>
	<p>La atención a domicilio tiene unos costes más bajos que otras formas de atención</p> <p>Para la mayoría de las personas mayores los costes de la atención a domicilio son menores que los costes residenciales u hospitalarios.</p>
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	
<b>Otros resultados</b>	
<b>Limitaciones del estudio</b>	
<b>Conclusiones</b>	
<b>Relación coste-efectividad</b>	<p>La atención a domicilio es el tipo de intervención más coste-efectiva para la mayoría de las personas mayores.</p> <p>La atención residencial es coste-efectiva para personas con dificultad para manejarse de manera independiente en el domicilio debido a su discapacidad mental o física o por un grave aislamiento social.</p> <p>El coste de la atención residencial no parece estar asociado a la calidad de la atención prestada.</p>

<b>ID Estudio</b>	35
<b>Referencia</b>	Rudolph, C. Et Al. "Evaluation of Outcomes and Cost-Effectiveness of a Community Behavioral Support and Crisis Response Demonstration Project". <i>Mental Retardation</i> , 36, 3, 1998, pp. 187-197.
<b>País</b>	Estados Unidos
<b>Ámbito geográfico</b>	Local
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Intervención en crisis
<b>Población destinataria</b>	Personas con discapacidad intelectual que presentan problemas de conducta y están en riesgo de ser derivadas a un alojamiento residencial o de tipo psiquiátrico.
<b>Descripción de la intervención</b>	<p>Se trata de un programa que se presta en un centro de atención intermedia para personas con discapacidad intelectual. El programa nace con el objetivo de prevenir ingresos residenciales debido a episodios de mala conducta o cuando ello no es posible, proporcionar una alternativa comunitaria al ingreso en residencias o en instituciones psiquiátricas. En estos casos se busca aumentar la capacidad del hogar actual a la hora de apoyar al individuo o a identificar servicios comunitarios más apropiados.</p> <p>Otro de los objetivos de este servicio es mantener a las personas en sus domicilios y comunidades al mismo o menor coste que en residencias.</p> <p>Es un programa que ofrece dos tipos de servicios: (1) servicios disponibles a domicilio, en el puesto de trabajo, colegio u otros entornos comunitarios, (2) servicios de alojamiento en crisis a corto plazo (máximo de 90 días) en una unidad especializada. El servicio de alojamiento en crisis cuenta con personal durante las 24 horas del día en una ratio de 1 profesional para cada 2 personas usuarias en horario diurno.</p> <p>El servicio se desarrolla en tres etapas:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>(1) Evaluación: Se realiza una evaluación breve pero intensa a través de entrevistas individuales, grupales y observación directa.</li><li>(2) Intervención/tratamiento: consiste en la reducción de problemas de conducta mediante un mejor conocimiento de los deseos de la persona y favoreciendo el desarrollo de mecanismos alternativos de afrontamiento, interacción social y comunicación, gracias a una evaluación en profundidad del propósito que cumplen las conductas que se desean eliminar.</li><li>(3) Seguimiento de un año después de darse por finalizada la intervención. Se realizan llamadas telefónicas al principio semanales o cada 2 semanas y, una vez estabilizada la situación, se mantiene contacto telefónico trimestral con los/las profesionales de los servicios a los que han sido derivadas las personas usuarias. También se realizan visitas domiciliarias a demanda de éstos.</li></ol>
<b>Intensidad de la intervención</b>	
<b>Objetivos</b>	Retrasar o evitar la institucionalización

<b>de la intervención</b>	Incrementar el grado de satisfacción de las personas usuarias
	Reducir el coste
<b>Profesionales que intervienen</b>	Equipo multidisciplinar
<b>Intervención con la que se compara</b>	Servicios comunitarios en general
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	
<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	<p>El grupo de tratamiento se compuso de 76 individuos que recibieron el servicio. Todas ellas se valoraron como en riesgo de ser institucionalizadas.</p> <p>Un grupo de 24 personas en lista de espera para recibir este servicio compuso el grupo de control para medir los resultados y los gastos.</p> <p>El seguimiento trimestral se realizó con 24 personas del grupo de tratamiento y 10 personas del grupo de control (de las que estaban en lista de espera).</p> <p>Se entrevistó a 32 proveedores de servicios de cara a conocer su grado de satisfacción.</p> <p>Para conocer la relación coste-efectividad del servicio se pidió a los responsables de caso de 54 usuarios que, en base a su experiencia, señalaran que servicios había disponibles con carácter previo a la puesta en funcionamiento de este servicio y se describieron así diferentes escenarios de posibles servicios (por ejemplo, residencias, hospitales psiquiátricos, atención personal, servicios de día, etc.) y la cantidad de servicios (días, horas) que habrían sido necesarios para cada persona usuaria en ausencia del nuevo programa. Se estimó el coste de esos posibles servicios y se comparó con el coste real del servicio de intervención en crisis evaluado.</p>
<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la intervención</b>	
<b>Tipo de evaluación económica</b>	2. Estudio coste-eficacia
<b>Validez interna del</b>	Pobre

<b>estudio</b>	
<b>Validez externa del estudio</b>	Buena
<b>Calidad del estudio de evaluación económica</b>	Aceptable
<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	<p>El 58% de las personas del grupo de tratamiento que recibieron servicios domiciliarios permanecieron en su domicilio mientras que entre quienes requirieron ingresos de corta duración por situaciones de crisis este porcentaje fue del 25%. En el grupo de control (los individuos en lista de espera), el 60% de las personas permanecía en su domicilio después de un año de seguimiento.</p> <p>De los 32 proveedores de servicios entrevistados por teléfono el 56% midió su nivel de satisfacción como muy alto y el 44% como alto. De los 46 responsables de caso entrevistados 29 evaluaron la satisfacción como muy alta y 17 como alta.</p> <p>Basándose en las estimaciones de escenarios alternativos a la intervención evaluada, se concluye que en caso de no haber existido el servicio de intervención en crisis los servicios alternativos hubieran costado alrededor de \$415.000 o más de \$20.000 por persona. El coste medio del servicio de intervención en crisis fue de 8.058\$.</p>
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	El coste de la intervención fue de 435.148 \$ (presupuestado)
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	El estudio muestra que, mediante la puesta en marcha de servicios de intervención en crisis se puede mantener en su entorno a las personas con discapacidad intelectual en riesgo de ser institucionalizadas por problemas de conducta. Los servicios prestados en el domicilio fueron especialmente efectivos tanto por sus mejores resultados en cuanto a evitar la institucionalización como por su menor coste. No obstante, los autores advierten que fue necesario un cambio en la forma de trabajar de los responsables de caso, adoptando medidas preventivas (valoración de necesidades y planificación centrada en la persona) en lugar de responder a las situaciones de crisis una vez éstas ya se habían desencadenado.
<b>Otros resultados</b>	
<b>Limitaciones del estudio</b>	Las intervenciones en crisis tuvieron una duración mayor de la prevista y esto hizo que personas que necesitaban el servicio se quedaran en lista de espera.
<b>Conclusiones</b>	El estudio muestra que, mediante la puesta en marcha de servicios de intervención en crisis se puede mantener en su entorno a las personas con discapacidad intelectual en riesgo de ser institucionalizadas por problemas de conducta. Los servicios prestados en el domicilio fueron especialmente efectivos tanto por sus mejores

	<p>resultados en cuanto a evitar la institucionalización como por su menor coste. No obstante, los autores advierten que fue necesario un cambio en la forma de trabajar de los responsables de caso, adoptando medidas preventivas (valoración de necesidades y planificación centrada en la persona) en lugar de responder a las situaciones de crisis una vez éstas ya se habían desencadenado.</p> <p>Por otra parte, el estudio muestra que una intervención con las características señaladas resulta coste-efectiva con la población de personas con discapacidad que tienen conductas problemáticas y riesgo de ser institucionalizadas. Se estima que la intervención supuso un ahorro de 287.320 \$ en sus primeros tres meses de operación, es decir, 5.320 \$ por persona atendida.</p>
<b>Relación coste-efectividad</b>	<p>El estudio muestra que una intervención con las características señaladas resulta coste-efectiva con la población de personas con discapacidad que tienen conductas problemáticas y riesgo de ser institucionalizadas. Se estima que la intervención supuso un ahorro de 287.320 \$ en sus primeros tres meses de operación, es decir, 5.320 \$ por persona atendida.</p>

<b>ID Estudio</b>	43
<b>Referencia</b>	Watt, S. Et Al. "Community Care for People with Chronic Conditions: An Analysis of Nine Studies of Health and Social Service Utilization in Ontario". <i>The Milbank Quarterly</i> , 77, 3, 1999, pp.363-392.
<b>País</b>	Canadá
<b>Ámbito geográfico</b>	Regional
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Servicios sociosanitarios integrados
<b>Población destinataria</b>	<p>Personas que sufren diferentes enfermedades crónicas: demencia, enfermedades mentales, dolor crónico, adolescentes con problemas psicológicos, etc.</p> <p>No se incluyen personas que necesitan atención hospitalaria.</p> <p>Todas estas personas son usuarias del mismo sistema de servicios sociales y de salud que se define por: cobertura sanitaria universal, múltiples servicios sociales opcionales, descoordinación entre los servicios sociales y sanitarios.</p>
<b>Descripción de la intervención</b>	<p>Se evalúan los programas de atención comunitaria del sur de Ontario para personas con enfermedades crónicas.</p> <p>Estos programas son paquetes integrales de servicios basados en una evaluación integral de las necesidades de la persona usuaria y no en función del diagnóstico de la enfermedad. Estos paquetes incluyen servicios médicos, enfermería, terapia ocupacional, apoyo social, atención doméstica, transporte, etc. Los servicios tienen un enfoque proactivo.</p>
<b>Intensidad de la intervención</b>	
<b>Objetivos de la intervención</b>	<p>Mejorar la calidad de vida</p> <p>Reducir el uso de servicios sanitarios</p>
<b>Profesionales que intervienen</b>	
<b>Intervención con la que se compara</b>	Servicios comunitarios en general
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	Atención social y sanitaria no coordinada y con un carácter reactivo (a demanda). Acceso a los servicios sociales y sanitarios, a demanda de la persona con enfermedad crónica, en base a su diagnóstico y sin tener en cuenta una evaluación integral de sus necesidades sociales y sanitarias.
<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	<p>Revisión de literatura sobre la evaluación de programas de atención comunitaria para personas con enfermedades crónicas.</p> <p>Se comparan nueve estudios. En cada estudio se evalúan los costes y los</p>

	<p>resultados. Cinco de los estudios evalúan los programas existentes y los pacientes que han recibido o no dichos servicios. Los otros cuatro estudios aleatorios examinan intervenciones específicas destinadas a mejorar los resultados clínicos de determinados usuarios, mediante el fomento del autocuidado.</p>
<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la intervención</b>	
<b>Tipo de evaluación económica</b>	5. No aplicable
<b>Validez interna del estudio</b>	No aplicable
<b>Validez externa del estudio</b>	No aplicable
<b>Calidad del estudio de evaluación económica</b>	No aplicable
<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	<p>En ocho de los nueve estudios, un enfoque integral en la atención - una combinación de servicios sociales y sanitarios basados en una evaluación de necesidades-, se asocia con unos resultados en cuanto a calidad de vida iguales o mejores, con el mismo gasto o menor, que en las intervenciones tradicionales basadas en la atención tradicional. Uno de los estudios mostró una mejora del bienestar a un mayor coste.</p> <p>Los resultados sugieren que una mayor utilización de servicios de salud por parte de las personas con enfermedades crónicas se debe más a las circunstancias personales (físicas, emocionales, sociales...) que a la severidad de la enfermedad, por lo que la reducción del uso viene de la mano de una evaluación integral de las necesidades sociales y sanitarias del paciente.</p> <p>Los estudios demuestran que las personas que no acceden a estos servicios integrales emplean más servicios médicos y con mayor frecuencia, sin que obtengan mejores resultados.</p>
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	
<b>Otros resultados</b>	
<b>Limitaciones del estudio</b>	
<b>Conclusiones</b>	
<b>Relación coste-efectividad</b>	La revisión de literatura sugiere que los servicios programados en base a la evaluación de las necesidades sociales y sanitarias de las personas con en-

fermedades crónicas - frente a los servicios fragmentados, basados en el diagnóstico de la enfermedad- y obtienen los mismos resultados a un menor coste.

La revisión sugiere que resulta más coste-efectivo ofrecer a las personas con enfermedades crónicas servicios comunitarios proactivos y coordinados, mediante una evaluación integral de necesidades sociales y sanitarias que ofrecer acceso a los servicios bajo demanda.

<b>ID Estudio</b>	48
<b>Referencia</b>	Zapiain, A. "Centros de atención diurna para mayores: aproximación a un modelo de coste estandarizado". Zerbitzuan, 37, 1999, pp. 5-18.
<b>País</b>	España
<b>Ámbito geográfico</b>	
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Servicios de día Ayuda a domicilio
<b>Población destinataria</b>	Personas mayores
<b>Descripción de la intervención</b>	<p>Se pueden diferenciar tres grandes grupos de centros de día:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Centros exclusivamente independientes exclusivamente concebidos para prestar este tipo de atención y que no comparten recursos con ningún otro servicio.</li><li>2. Centros exclusivos anexos a residencias que comparten una serie de servicios lo que permite una optimización de recursos.</li><li>3. Servicios de atención diurna dentro de residencias donde se comparten todos los medios y equipamientos con los usuarios de las residencias salvo algunos espacios de utilización exclusiva por parte de los usuarios diurnos.</li></ol> <p>Los centros varían en dimensión y ciertos costes son proporcionales al número de plazas del centro. Sin embargo, la mayoría de gastos (personal, amortización, etc.) no lo son. En general, cuanto mayor es el número de plazas, menor será el coste unitario.</p> <p>Existen diferencias en cuanto a la calidad del servicio, por ejemplo los horarios de apertura, los ratios de personal y la superficie por plaza difieren de unos centros a otros. Estas diferencias en calidad provocan diferencias también en coste.</p> <p>Las condiciones laborales de los trabajadores (salariales y contractuales: personal propio y subcontratado) también son diferentes y tienen una repercusión directa en el nivel de coste.</p>
<b>Intensidad de la intervención</b>	
<b>Objetivos de la intervención</b>	Mejorar o mantener la capacidad funcional
<b>Profesionales que intervienen</b>	
<b>Intervención con la que se compara</b>	Atención residencial
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	

<p><b>Descripción de la metodología del estudio</b></p>	<p>Se analiza la composición de los gastos de 24 centros de día de Gipuzkoa y se presenta un modelo de estimación de costes para los centros de nueva creación.</p> <p>El modelo de estimación pretende dar respuesta a la dimensión del centro, a qué personal se debe contratar y en qué condiciones y a qué otros gastos se deberán afrontar.</p> <p>Se establece, en función de la intensidad del servicio, la carga asistencial que asume y el coste que supone, un índice para estimar la rentabilidad y la utilidad social de los principales servicios dirigidos a la tercera edad (Centros de día, residencias y SAD) y los compara entre sí.</p> <p>Se parte de la hipótesis de que los tres servicios -centros de día, SAD y residencias- son en cierta medida equiparables o sustitutivos entre sí. El estudio pretende extraer alguna medida de “utilidad social” obtenida con cada una de ellos y relacionar dicha utilidad con su coste correspondiente, obteniendo una aproximación a la “rentabilidad social” de cada uno.</p> <p>Se mide la utilidad del servicio en base a dos parámetros:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Intensidad del servicio: número de horas que el servicio es capaz de cubrir sobre el total de horas posibles.</li> <li>2. La carga asistencial atendida. Cuanto mayor es el nivel de dependencia observada en los usuarios de un servicio, mayor será la utilidad social del mismo.</li> </ol>
<p><b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la intervención</b></p>	
<p><b>Tipo de evaluación económica</b></p>	<p>2. Estudio coste-eficacia</p>
<p><b>Validez interna del estudio</b></p>	<p>Pobre</p>
<p><b>Validez externa del estudio</b></p>	<p>Buena</p>
<p><b>Calidad del estudio de evaluación económica</b></p>	<p>Aceptable</p>
<p><b>Principales resultados sobre efectividad</b></p>	<p>Se supone que la carga de asistencia media atendida por cada servicio según el promedio sakontzen es de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- SAD: 4,25</li> <li>- Centros de día: 4,95</li> <li>- Residencias: 4,64</li> </ul> <p>Sin embargo, no es el nivel de dependencia lo que determina el acceso a uno u otro servicio sino que es otra serie de factores (básicamente la capacidad de cuidado de la familia).</p> <p>En términos de “utilidad bruta” el servicio residencial sería el más interesante con gran diferencia sobre el centro de día (2,65 veces más) y abrumadoramente más interesante que el SAD (23,6 veces más).</p> <p>La rentabilidad social = utilidad social / coste para la residencia es de 3,55%, para el centro de día 2,79% y para el SAD 0,72%.</p>

<b>Coste de la intervención evaluada</b>	<p>Durante 1998 el coste medio del sector se situó en torno a las 4.000 pesetas por persona y por día, es decir, en torno a las 90.000 pesetas mensuales. La estimación realizada en este trabajo plantea que el coste medio del centro de día debe de ser unas 5.156 pesetas por usuario y día (108.000 pesetas/mes)</p>
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	<p>La plaza residencial tuvo un coste mensual de 180.000 como promedio y en 1998 hubo 3.300 plazas residenciales. La estimación plantea que el coste en centros residenciales debería de ser de 128.000 pesetas/mes para usuarios frágiles, de 185.000 para usuarios dependientes y de 228.000 para grandes dependientes. Además, a estas cifras habría que añadir otras 15.000 pesetas mensuales en concepto de amortizaciones.</p> <p>El coste horario de referencia del servicio de ayuda a domicilio podría situarse en torno a las 1.800 pesetas ya que el promedio actual (1.603) no es representativo para nuevos servicios.</p>
<b>Otros resultados</b>	<p>La dimensión media de los centros de día es de 15.75 plazas pero si se tienen solamente en cuenta los centros independientes y los anexos a residencias la media es de 18.3.</p> <p>En relación al personal, se prevé personal directo e indirecto. Una atención de 10 horas (9:00-18:00h)</p> <p>Un ratio de personal de 0.11 para usuarios con puntuación sakontzen inferior a 4, de 0.15 para usuarios con puntuación de 4 o más.</p> <p>Se plantea que las personas usuarias de los centros de día tendrán una puntuación de 4 o más por lo que el ratio de referencia será el de 0.15.</p> <p>El artículo plantea ratios por categorías, costes diarios de personal, gastos generales y otros gastos.</p>
<b>Limitaciones del estudio</b>	<p>La utilidad social se mide en función de la carga asistencial efectivamente atendida por cada tipo de centro, no la que podrían atender. En este sentido, la menor utilidad de los centros de día en comparación con los centros residenciales podría deberse tanto a su menor "capacidad", como a una mala utilización del recurso (si, por ejemplo, se derivaran a ese recurso personas menos dependientes de lo que, en realidad, puede atender.</p>
<b>Conclusiones</b>	<p>El servicio residencial continuará siendo el más rentable, seguido del centro de día.</p> <p>Sin embargo, la diferencia entre ambos se incrementará:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- como consecuencia de un mayor encarecimiento relativo del servicio de Centro de Día</li><li>- por su dificultad para seguir asimilando un incremento de carga asistencial en sus usuarios.</li></ul> <p>En este sentido, podría afirmarse que el nivel de dependencia promedio de los usuarios de Centro de Día se encuentra cercano a su «techo» (sólo pasa de 4,95 a 5,18), en tanto que en el servicio residencial todavía existe un gran potencial de crecimiento (ha pasado de 4,64 a 5,36).</p> <p>Ni qué decir tiene el S.A.D. ya que, a pesar de haber visto incrementada su</p>

	<p>carga asistencial de 4,25 a 5, se presume que por encima de esas puntuaciones su eficacia se reduce muy considerablemente.</p> <p>Esta diferente rentabilidad y potencial de crecimiento podrían estar contribuyendo en estos momentos a que la alternativa residencial sea considerada como la más deseable, si bien su elevado coste provoca la búsqueda de otras alternativas.</p> <p>Por otro lado, la alternativa del S.A.D. presenta un nivel de coste muy asequible, pero su escasa rentabilidad y poca capacidad para responder al previsible incremento del nivel de dependencia obligarían a descartar este servicio como la clave para atender el previsible «boom» asistencial.</p> <p>Ante este dilema entre coste y rentabilidad (o utilidad), la única alternativa equilibrada podría ser el Centro de Día, que sería capaz de conjugar un coste razonable con una utilidad aceptable.</p>
<b>Relación coste-efectividad</b>	<p>La residencia es el recurso de mayor rentabilidad social y que lo seguirá siendo aún en mayor medida a pesar de su mayor coste. A juicio del autor, ante el dilema entre gasto y rentabilidad se aboga por la opción de los centros de día, capaces de conjugar un coste razonable con una utilidad aceptable.</p>

<b>ID Estudio</b>	52
<b>Referencia</b>	Le Mesurier, N. "Enhancing Independence: An Evaluation of the Effectiveness of Re-ablement Provision in South Worcestershire". Birmingham, University of Birmingham, 1998, pp. 35.
<b>País</b>	Reino Unido
<b>Ámbito geográfico</b>	Local
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Re-capacitación a domicilio
<b>Población destinataria</b>	Personas mayores y con discapacidad con necesidad de apoyo. Quedan excluidas del servicio aquellas personas con demencia, con enfermedad terminal con una previsión de fallecimiento en 3 meses aproximadamente, con un avanzado estado de una enfermedad neurológica progresiva y los menores de 18 años.
<b>Descripción de la intervención</b>	Es un servicio que proporciona una evaluación en profundidad y rehabilitación de corta duración (generalmente 6 semanas) a personas mayores o con discapacidad que residen en sus domicilios o en centros residenciales. El objetivo de la intervención es que se reduzca el número de derivaciones de atención a domicilio y las re-admisiones hospitalarias. El objetivo principal es que se capacita a las personas para que puedan vivir de manera independiente en sus domicilios y evitan la necesidad de la atención residencial. El servicio se compone de: fisioterapia, terapia ocupacional, responsable de caso, técnico en re-capacitación, etc.
<b>Intensidad de la intervención</b>	
<b>Objetivos de la intervención</b>	Mejorar o mantener la capacidad funcional
<b>Profesionales que intervienen</b>	Equipo multidisciplinar
<b>Intervención con la que se compara</b>	Ninguna intervención
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	En realidad no se compara con otro grupo de usuarios.
<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	Se evaluó un servicio de re-capacitación a domicilio. Los objetivos de esta evaluación son: <ol style="list-style-type: none"><li>(1) Evaluar la eficacia del servicio</li><li>(2) Obtener una auditoria de derivaciones al servicio</li><li>(3) Evaluar la necesidad de este tipo de servicios</li><li>(4) Evaluar la eficacia del equipo de trabajo</li><li>(5) Evaluar las mejoras en salud y nivel de habilidades aprendidas por los usuarios</li><li>(6) Identificar factores clave en programas de rehabilitación de éxito</li></ol>

	<p>(7) Llevar a cabo un estudio de casos para identificar percepciones de clientes sobre la calidad del servicio</p> <p>Se recogieron datos de una cohorte de 34 usuarios sobre su habilidad funcional y el estado de salud al haber finalizado la intervención.</p> <p>Se llevó a cabo una estimación comparativa de costes en una muestra de 17 usuarios.</p> <p>Se llevaron a cabo entrevistas con gerentes de servicios, trabajadores sociales y profesionales del servicio.</p> <p>Para conocer la satisfacción del usuario se llevó a cabo un número reducido de entrevistas a usuarios a los 4/5 meses de terminar la intervención.</p>
<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la intervención</b>	<p>Para evaluar el nivel de dependencia, las mejoras en independencia en actividades domésticas y la ansiedad y depresión de los usuarios se utilizó:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Modified dependency rating scale (MDRS) que incluye el Modified Crichton royal scale</li> <li>- Supplementary scale diseñada ad hoc</li> </ul>
<b>Tipo de evaluación económica</b>	2. Estudio coste-eficacia
<b>Validez interna del estudio</b>	Pobre
<b>Validez externa del estudio</b>	Buena
<b>Calidad del estudio de evaluación económica</b>	Pobre
<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	<p>Los datos muestran que la intervención logra cambios significativos en todos los ítems de la escala MDRS a excepción de la ansiedad y la depresión.</p> <p>Los datos de la escala Modified Crichton royal scale muestran una reducción sustancial del nivel de dependencia de las personas usuarias tras su paso por el programa. Al inicio de la intervención ninguno es evaluado como autónomo y al final una quinta parte sí son considerados como autónomos. Al final el 50% se considera que tiene un nivel de dependencia bajo, lo que supone casi la el doble que al inicio del programa.</p> <p>El estado de salud psicológico medido por la escala de habilidad mental se mantiene gracias a la intervención.</p>
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	<p>El coste total anual es de \$175.322 y \$60.000 corresponden a terapeutas, \$76.128 corresponden a asistentes de re-capacitación, \$27.454 al equipo directivo, \$106.20 a la secretaria y \$1.120 a costes de oficina y teléfono.</p> <p>El coste medio por hora de contacto es de \$16,88 y el de la intervención total varía mucho debido a la complejidad e intensidad de cada programa.</p> <p>El estudio ofrece una previsión del ahorro y del coste de la intervención en diferentes casos de estudio.</p>
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	El coste por hora de los servicios a domicilio habituales es de unos \$10.50.

<b>Otros resultados</b>	
<b>Limitaciones del estudio</b>	No hay grupo control.
<b>Conclusiones</b>	El servicio de re-capacitación en el domicilio es exitoso ya que permite proporcionar una intervención rehabilitadora flexible y adaptada a cada cliente. Se trata de un servicio eficaz a la hora de reducir el nivel de dependencia de las personas usuarias. En una quinta parte de las personas usuarias desaparece la dependencia que motivó la intervención y los que tienen un nivel de dependencia bajo se duplican respecto al inicio de la misma.
<b>Relación coste-efectividad</b>	Aunque el coste del servicio es ligeramente superior al de la ayuda a domicilio habitual, al final de la intervención los usuarios requieren una menor intensidad de atención, por lo que se consigue un ahorro en términos económicos.

<b>ID Estudio</b>	55
<b>Referencia</b>	Ah-Soune, M.F. De Vignerte, B. "Intérêts et couts d'une réinsertion géria-trique après séjour en soins de suite et réadaptation". La Revue de Geriatrie, 25, 7, 2000, pp. 471-476.
<b>País</b>	Francia
<b>Ámbito geográfico</b>	Local
<b>Tipo de interven-ción evaluada</b>	Servicios de rehabilitación
<b>Población destina-taria</b>	Personas mayores en fase de post-hospitalización. Personas mayores que vuelven al domicilio después de un ingreso hospitala-rio por intervención ortopédica.
<b>Descripción de la intervención</b>	Los servicios de seguimiento geriátricos reciben pacientes de orientación ortopédica, para rehabilitación después de una intervención quirúrgica. El grupo de intervención recibe la visita a domicilio del profesional de rehabili-tación, no así el grupo de control. Se analiza también el coste de esta rehabilitación para los diferentes finan-ciadores (servicio de seguimiento geriátrico, la propia persona o la comuni-dad)  Se evalúa la eficacia del procedimiento de inserción de los servicios de se-guimiento geriátricos, en particular mediante la intervención de un ergo-terapeuta.
<b>Intensidad de la intervención</b>	
<b>Objetivos de la intervención</b>	Mejorar o mantener la capacidad funcional Retrasar o evitar la institucionalización Reducir el uso de servicios hospitalarios
<b>Profesionales que intervienen</b>	Ergoterapeuta en visitas a domicilio
<b>Intervención con la que se compara</b>	Servicios de rehabilitación
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	Los servicios de seguimiento geriátricos reciben pacientes de orientación ortopédica, para rehabilitación después de una intervención quirúrgica. Ambos grupos reciben una evaluación multidisciplinar y un programa de preparación de vuelta al domicilio. El grupo de control no recibe la visita del ergoterapeuta a domicilio.

<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	<p>Participaron en el estudio 50 personas mayores de 75 años que volvían al domicilio tras un ingreso hospitalario por intervención ortopédica y que han requerido rehabilitación.</p> <p>El grupo de intervención (n=25) recibe la visita a domicilio del profesional de rehabilitación, no así el grupo de control (n=25).</p> <p>Se evalúa a los dos meses tanto la situación (permanencia en domicilio, capacidad funcional, hospitalización...), como los costes generados por la intervención (coste rehabilitación, adaptación de la vivienda, etc.)</p>
<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la intervención</b>	<p>La autonomía funcional se mide por la escala AGGIR.</p> <p>Los costes se calculan desde tres perspectivas: el coste para el servicio de rehabilitación, el coste para la persona (según indicaciones recibidas de adaptación, contratación de servicios, etc.) y de servicios generales.</p> <p>El coste eficacia se ha medido para los indicadores significativamente diferentes en base a la relación:</p> $\frac{[\text{Coste (grupo domicilio) - coste (grupo control)}]}{[\text{eficacia (grupo domicilio) - eficacia (grupo control)}]}$
<b>Tipo de evaluación económica</b>	2. Estudio coste-eficacia
<b>Validez interna del estudio</b>	Pobre
<b>Validez externa del estudio</b>	Buena
<b>Calidad del estudio de evaluación económica</b>	Aceptable
<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	<p>Mejorar o mantener la capacidad funcional.</p> <p>A los dos meses, la capacidad funcional había mejorado en los dos grupos comparados, ligeramente más en el grupo de visitas a domicilio, pero no de un modo significativo.</p> <p>Retrasar o evitar la institucionalización.</p> <p>A los dos meses, todas las personas del grupo de visitas a domicilio continuaban residiendo en sus hogares, frente al 60% del grupo de control.</p> <p>Reducir el uso de servicios hospitalarios.</p> <p>A los dos meses, el porcentaje de personas hospitalizadas era menor en el grupo de visitas a domicilio que en el grupo de control.</p>
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	16.213 francos
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	10.648 francos
<b>Otros resultados</b>	El aumento en el coste del grupo de intervención se debe en parte a los costes de la visita a domicilio del ergoterapeuta, pero sobre todo, de las

	adaptaciones y de los apoyos contratados por las personas mayores.
<b>Limitaciones del estudio</b>	Las limitaciones del estudio se asocian a los indicadores elegidos, indicadores no solo de eficacia, sino de calidad de vida o de morbilidad, que resultan complejos debido a la fragilidad del colectivo analizados.
<b>Conclusiones</b>	El programa de visitas a domicilio es efectivo. Esta efectividad se refleja en una mayor permanencia en el domicilio y menor tasa de hospitalización. Estos buenos resultados en el grupo de intervención se debe en gran parte a la adaptación de la vivienda realizada (88% de los casos) a lo que hay que sumar los beneficios del apoyo psicológico recibido en las visitas domiciliarias.
<b>Relación coste-efectividad</b>	Se ha reducido la hospitalización y la institucionalización del grupo que ha recibido las visitas a domicilio, frente al grupo de control. El coste es mayor tanto para el servicio de rehabilitación como para la persona (gastos de adaptación y de contratación de servicios). No obstante, el coste que se requiere en relación con la ganancia que supone la permanencia en el domicilio es bajo para el servicio de rehabilitación y la persona, y nulo para la comunidad.

<b>ID Estudio</b>	66
<b>Referencia</b>	Artaso, B. Et Al. "Análisis coste-consecuencia de un centro de día psicogerriátrico". Revista Española de Geriatria y Gerontología, 37, 6, 2002, pp. 291-297.
<b>País</b>	España
<b>Ámbito geográfico</b>	Local
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Servicios de día
<b>Población destinataria</b>	Personas mayores con diagnóstico de demencia o trastorno distímico
<b>Descripción de la intervención</b>	<p>Recurso asistencial que ofrece atención grupal con personal profesional o voluntario, en un entorno localizado fuera del hogar del usuario, durante más de 4 horas al día. Los sujetos son traídos y llevados al servicio, cuyos objetivos no son puramente educativos o recreativos.</p> <p>Los objetivos son: prevenir la institucionalización, potenciar las capacidades mentales y físicas de los pacientes, ofrecer cuidados personales básicos, proporcionar el tratamiento y la rehabilitación, servir de soporte a los cuidadores y orientar y aconsejar a pacientes y cuidadores.</p> <p>Los componentes terapéuticos son: utilización del medio como prótesis, rehabilitación física y cognoscitiva, orientación en la realidad, técnicas conductuales, tratamiento farmacológico y apoyo a las familias.</p>
<b>Intensidad de la intervención</b>	
<b>Objetivos de la intervención</b>	<p>Mejorar el estado de salud de las personas usuarias</p> <p>Mejorar o mantener la capacidad funcional</p> <p>Incrementar el grado de satisfacción de las personas usuarias</p> <p>Reducir la carga de trabajo de las personas cuidadoras</p>
<b>Profesionales que intervienen</b>	Equipo multidisciplinar
<b>Intervención con la que se compara</b>	Servicios comunitarios en general
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	<p>Engloba servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sanitarios: atención ambulatoria, primaria y especializada.</li> <li>- Sociales: consultas y SAD</li> </ul>
<b>Descripción de la metodología del</b>	<p>Evaluación económica de un centro de día.</p> <p>Estudio cuasi-experimental no controlado.</p>

<b>estudio</b>	<p>Se seleccionaron dos poblaciones homogéneas y se llevó a cabo un estudio prospectivo, con un seguimiento durante un período de un año.</p> <p>Los participantes fueron en total 96 enfermos ancianos con enfermedad psiquiátrica de los que 51 fueron usuarios del centro de día y 45 fueron el grupo control. De la muestra inicial se perdieron 27 pacientes.</p> <p>Se diseñó un protocolo para la recogida de datos (sociodemográficos, clínicos y costes) tanto del usuario como del cuidador.</p> <p>La entrevista al cuidador fue la fuente de información más importante y se realizó al inicio, a los 6 y a los 12 meses.</p> <p>El análisis de los resultados fue de coste-consecuencia, análisis en el que los costes y los efectos se calculan pero no se agregan en años de vida ajustados por calidad o ratios de coste-efectividad.</p>
<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la intervención</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnóstico psiquiátrico según DSM III-R</li> <li>- La capacidad funcional según el Índice de Katz</li> <li>- Escala BEHAVE para medir trastornos de conducta y afectivos.</li> </ul>
<b>Tipo de evaluación económica</b>	2. Estudio coste-eficacia
<b>Validez interna del estudio</b>	Pobre
<b>Validez externa del estudio</b>	Buena
<b>Calidad del estudio de evaluación económica</b>	Aceptable
<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	<p>Se produjo un empeoramiento lineal significativo en la capacidad cognitiva. Los pacientes del grupo intervención presentaban más trastornos de conducta sin significación estadística y éstos tienden a disminuir en ambos grupos a lo largo del seguimiento.</p> <p>Se produjo un empeoramiento lineal significativo en la capacidad funcional. No se puede constatar una mejoría emocional.</p> <p>La satisfacción con los cuidados no sufre cambios significativos durante el año evaluado siendo en todo momento superior en el grupo tratamiento.</p> <p>La calidad de vida del cuidador sufre un deterioro global a lo largo del año en ambos grupos y la sobrecarga con los cuidados se mantiene durante el seguimiento en ambos recursos asistenciales.</p>
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	Los costes en el grupo de intervención fueron superiores y dicha diferencia se debe fundamentalmente al uso de otros recursos asistenciales además del propio centro de día.
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	Los costes de cuidados informales fueron mayores en los pacientes del grupo control aunque dicha diferencia no fue significativa.

<b>ración</b>	El coste mayor se debe a los cuidados informales (71%).
<b>Otros resultados</b>	
<b>Limitaciones del estudio</b>	Se pierde un elevado porcentaje de casos en el seguimiento. Los resultados pudieran estar mediatizados por las características de la muestra de cuidadores estudiada y por la heterogeneidad del momento de instauración del recurso.
<b>Conclusiones</b>	<p>Los resultados son similares a otros de la literatura y los autores señalan que la decisión de la institucionalización no sólo se relaciona con la gravedad de la enfermedad sino que también con variables del cuidador. El ingreso en residencias se produce en mayor porcentaje en el grupo de intervención y esto se puede explicar por el hecho de que si un cuidador decide llevar a su familiar a un centro de día ya se muestra una determinada actitud hacia la utilización de recursos formales que podría considerarse como el paso previo a la institucionalización. Además, el contacto con los recursos formales también les facilita la información y el acceso a recursos residenciales.</p> <p>En cuanto a efectividad, los resultados no permiten afirmar que dicho recurso modifique la evolución natural de la enfermedad, con lo que se produce un deterioro cognitivo y funcional progresivo a lo largo del año del estudio al igual que en el grupo control.</p> <p>El centro de día no modifica de forma significativa la calidad de vida ni la sobrecarga del cuidador. Sin embargo, la satisfacción de los cuidadores del grupo tratamiento es mayor que los del grupo control.</p> <p>Se puede concluir que los CD suponen mayores costes; no obstante, no mejoran de forma significativa el estado de salud de los pacientes ni la situación del cuidador. Únicamente la satisfacción con los cuidados es mayor entre los familiares de los pacientes que acuden a este tipo de recursos intermedios.</p>
<b>Relación coste-efectividad</b>	

<b>ID Estudio</b>	67
<b>Referencia</b>	Tousignant, M. Et Al. "Economic Evaluation of a Geriatric Day Hospital: Cost-Benefit Analysis Based On Functional Autonomy Changes". <i>Age and Ageing</i> , 32, 1, 2003, pp. 53-59.
<b>País</b>	Canadá
<b>Ámbito geográfico</b>	
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Servicios de día
<b>Población destinataria</b>	Personas mayores que utilizan servicios de día por estar afectadas por un empeoramiento en su autonomía funcional
<b>Descripción de la intervención</b>	Es un centro de día para 25 usuarios
<b>Intensidad de la intervención</b>	
<b>Objetivos de la intervención</b>	Mejorar o mantener la capacidad funcional
<b>Profesionales que intervienen</b>	Equipo multidisciplinar
<b>Intervención con la que se compara</b>	Ninguna intervención
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	
<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	<p>Es un estudio cuasi-experimental con una cohorte histórica como grupo de comparación.</p> <p>El grupo tratamiento se compuso de un total de 171 usuarios, pero se recogieron datos de 151 ya que 20 personas decidieron no participar en el estudio.</p> <p>El grupo control se compuso de 607 personas mayores de 75 años, grupo representativo de las personas mayores que residen en comunidad. Estos datos provenían de otro estudio longitudinal.</p> <p>Se calculó el beneficio del programa sobre la diferencia en los costes asociados a la autonomía funcional en el momento del alta y en el momento de admisión en el programa.</p>
<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la intervención</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- SMAF, para medir los cambios en la autonomía funcional. Un profesional formado puntúa al individuo tras una entrevista.</li> <li>- La recogida de datos sobre costes fue en base a:             <ul style="list-style-type: none"> <li>Coste económico mensual</li> <li>Informe económico anual</li> <li>Distribución del costes, realizada por un programa</li> </ul> </li> <li>- Estadísticas diarias completadas por los médicos que indican el tiempo invertido con cada usuario.</li> </ul>

<b>Tipo de evaluación económica</b>	4. Estudio coste-beneficio
<b>Validez interna del estudio</b>	Pobre
<b>Validez externa del estudio</b>	Limitada
<b>Calidad del estudio de evaluación económica</b>	Aceptable
<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	El efecto del programa se muestra en una mejora de la autonomía funcional que se refleja en una mejor puntuación en el SMAF (disminución de 3,1 puntos). El empeoramiento natural en la autonomía funcional del grupo control a lo largo de un año de intervención se representa en un aumento de 2.9 puntos en la puntuación del SMAF.
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	Resumiendo las cuatro subcategorías de costes generales (\$1.127.33) da un coste/visita de \$179,33. El total de los costes por servicios especializados es de \$218.372. Los costes totales se establecieron en \$1.021.681 por las 4.358 visitas de los 151 usuarios. La media de coste por sujeto fue de \$6.766 y la mediana fue de \$6.090.
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	
<b>Otros resultados</b>	
<b>Limitaciones del estudio</b>	El grupo de comparación es una cohorte histórica y no un grupo control real derivado de la asignación aleatoria. Solamente se evalúa la autonomía funcional. Sería necesario estudiar aspectos como la mejora en la función social, la socialización, el bienestar, etc. (que no pueden ser estimados en términos de beneficios monetarios).
<b>Conclusiones</b>	
<b>Relación coste-efectividad</b>	Los resultados del análisis coste-beneficio indican que por cada dólar invertido en la intervención analizada el beneficio para la sociedad es de \$2,14. El beneficio fue un 114% mayor que el coste.

<b>ID Estudio</b>	68
<b>Referencia</b>	Gaugler, J.E. Et Al. "Evaluating Community-Based Programs for Dementia Caregivers: the Cost Implications of Adult Day Services". <i>Journal of Applied Gerontology</i> , 22, 1, 2003, pp. 118-133.
<b>País</b>	Estados Unidos
<b>Ámbito geográfico</b>	Local
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Servicios de día
<b>Población destinataria</b>	Personas cuidadores informales familiares de personas mayores con demencia que residen en sus domicilios.
<b>Descripción de la intervención</b>	Centros de día que proporcionan servicios fuera del domicilio, tales como actividades terapéuticas, control de la salud, socialización, atención médica, y transporte.
<b>Intensidad de la intervención</b>	
<b>Objetivos de la intervención</b>	Reducir la carga de trabajo de las personas cuidadoras
<b>Profesionales que intervienen</b>	
<b>Intervención con la que se compara</b>	Ninguna intervención
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	
<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	<p>La literatura revisada para realizar este estudio no muestra que este tipo de servicios retrasen la institucionalización ni mejoren el estado funcional de los usuarios. Además, hay estudios que muestran que estos programas tienen poco impacto en el estrés o depresión del cuidador informal.</p> <p>Se analizó el impacto en los cuidadores y el coste de un centro de día para personas mayores con demencia.</p> <p>A la hora de calcular la relación coste-beneficio de la intervención se tuvieron en cuenta el coste directo del centro, el uso de otros servicios formales, la atención informal y los cambios en la situación laboral de las personas cuidadoras.</p> <p>Un total de 259 cuidadores tomaron parte en un primer momento (a los 3 meses del inicio del servicio) y un total de 201 permanecieron en el estudio tras un año de la</p>

	<p>intervención. El grupo control se compuso de 289 cuidadores informales. Ambos grupos fueron entrevistados al inicio de la intervención, a los 3 meses y al año.</p> <p>Se espera que, a los 3 meses de intervención, el coste sea mayor en el grupo de tratamiento en comparación con el grupo de control. No obstante se espera que el coste se reduzca tras un año de intervención, debido a un menor uso de la atención informal y una mejor tasa de empleo de las personas cuidadoras informales.</p>
<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la intervención</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Behavior problems scale para medir las conductas problemáticas de las personas mayores con demencia.</li> <li>- Role overload scale para medir la sobrecarga de trabajo</li> <li>- Center for epidemiological studies depression scale para evaluar depresión de cuidadores.</li> </ul>
<b>Tipo de evaluación económica</b>	2. Estudio coste-eficacia
<b>Validez interna del estudio</b>	Satisfactoria
<b>Validez externa del estudio</b>	Buena
<b>Calidad del estudio de evaluación económica</b>	Aceptable
<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	<p>A los tres meses de intervención, la carga de las personas cuidadoras y la incidencia de depresión es menor en el grupo de intervención que en el grupo de control. Tras un año de intervención, los buenos resultados en términos de la carga de trabajo y la incidencia de depresión se mantuvieron.</p>
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	<p>A los tres meses, el coste es mayor para el grupo de intervención en comparación con el grupo de control:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Coste total: 54,32 \$ por persona usuaria y día en el grupo de intervención, frente a 46,79 \$ en el grupo de control.</li> <li>- Coste del servicio de día: 18,45 \$ por usuario/a y día, frente a 0 \$ en el grupo de control.</li> <li>- Coste de otros servicios formales: 0,79 \$ por usuario/a y día frente a 0,26 \$ por usuario/a y día en el grupo de control.</li> <li>- Coste de la atención informal: 5,08 \$ por usuario/a y día frente a 3,65 \$ en el grupo de control.</li> <li>- Costes por pérdida de empleo: 1,78 \$ por persona y día, frente a 1,39 \$ en el grupo de control.</li> </ul> <p>Al año, el coste continuó siendo mayor para los individuos del grupo de intervención. No obstante, la diferencia respecto al grupo de control, 5,95 \$ por usuario/a y día se redujo en comparación con la evaluación realizada a los 3 meses. Además el coste del cuidado in-</p>

	formal y el relacionado con el empleo fue menor en el grupo de intervención (2,01 \$ frente a 0,41 y 6,12 frente a 4,08 respectivamente).
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	
<b>Otros resultados</b>	
<b>Limitaciones del estudio</b>	<p>Los costes analizados provinieron de encuestas basadas en población y estas estimaciones pueden no capturar los costes reales asociados a la demencia.</p> <p>No se pudieron estimar adecuadamente algunos costes (estancias hospitalarias, uso de medicamentos, servicios de fisioterapia)</p> <p>La muestra fue limitada (tamaño pequeño y específica de personas con demencia) por lo que los resultados no se pueden generalizar.</p> <p>Se pierde gran parte de la muestra.</p> <p>La selección de la muestra no ha sido aleatoria.</p>
<b>Conclusiones</b>	<p>En general, el coste de la intervención fue mayor que el de la atención habitual. No obstante, la diferencia fue disminuyendo tras un año de intervención, principalmente debido a una mejora de la situación de las personas cuidadoras, que pudieron recuperar algo de su tiempo para actividades productivas (empleo) y ocio.</p> <p>Los resultados enfatizan la idea de que el uso consistente de servicios diurnos proporciona cierto respiro a los cuidadores y así les permite implicarse en actividades que afectan positivamente a su bienestar psicológico y emocional.</p> <p>Además de aliviar la sobrecarga y la depresión, el coste diario de estos beneficios se reduce al año de intervención. La utilización a largo plazo ayuda a reducir el tiempo empleado por los cuidadores en manejar los síntomas asociados a la demencia. Además, permite a los cuidadores dedicar más tiempo a actividades relacionadas con el trabajo.</p> <p>Una continua y consistente utilización a lo largo del tiempo de los servicios de día parece ser eficaz para los cuidadores y para las personas que cuidan. No obstante, estos beneficios conllevan cierto coste.</p>
<b>Relación coste-efectividad</b>	<p>A los 3 meses, una mejoría de 1 punto en la escala que mide la carga de las personas cuidadoras supuso un gasto de 6,38 \$. Una mejoría de 1 punto en la escala de depresión, por su parte, tuvo un coste de 2,90 \$. Al año, estos costes se reducirían a 4,51 \$ para mejorar la sobrecarga en 1 punto y a 2,20 \$ para una mejora en la depresión.</p>

<b>ID Estudio</b>	70
<b>Referencia</b>	Schwab, T.C. Et Al. "Home- and Community-Based Alternatives To Nursing Homes: Services and Costs To Maintain Nursing Home Eligible Individuals at Home". Journal of Aging and Health, 15, 2, 2003, pp. 353-370.
<b>País</b>	Estados Unidos
<b>Ámbito geográfico</b>	Local
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Gestión de casos
<b>Población destinataria</b>	Personas mayores que viven en sus domicilios y que tienen dificultades para llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana y que precisan ayuda.
<b>Descripción de la intervención</b>	Se coordinan los servicios que necesita una persona a domicilio, entre ellos: atención personal, atención doméstica, comidas a domicilio, centros de día, respiro para cuidadores, sistema de respuesta a emergencias telefónicas y transporte.
<b>Intensidad de la intervención</b>	
<b>Objetivos de la intervención</b>	Reducir el coste
<b>Profesionales que intervienen</b>	
<b>Intervención con la que se compara</b>	Ayuda a domicilio
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	Se compara con el mismo tipo de servicios pero cuya gestión y coordinación no ha sido realizada por ningún servicio y han sido directamente contratados por el usuario.
<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	<p>Es un estudio exploratorio en el que se evaluó la asequibilidad y beneficios de un servicio de gestión de casos que coordina servicios a domicilio en comparación con los mismos servicios pero siendo estos contratados por el propio usuario.</p> <p>Se analizaron los precios de mercado de diferentes servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Escenario de atención de día</li><li>- Escenario de ayuda doméstica</li><li>- Escenario de atención personal</li><li>- Escenario de transporte</li></ul> <p>Se analizaron el patrón de uso de este tipo de servicios y el coste en el mercado y se comparó con el coste cuando son proporcionados por un servicio de gestión de casos.</p>
<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir</b>	

<b>los resultados de la intervención</b>	
<b>Tipo de evaluación económica</b>	98. Estudio de costes
<b>Validez interna del estudio</b>	No aplicable
<b>Validez externa del estudio</b>	No aplicable
<b>Calidad del estudio de evaluación económica</b>	No aplicable
<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	<p>El coste de los usuarios del grupo de tratamiento es de \$407,8 por individuo por mes y de aproximadamente \$4.900 anuales. Si a estos costes se les descuenta el coste por la gestión de casos (que ascienden a \$124,70 por individuo por mes), el coste del servicio sería de \$283,07 por usuario por mes. Los costes de los servicios contratados en el mercado ascienden a \$311,09 por los servicios y a \$435,79 si se combina con un gestor de casos. La mayoría de los usuarios 91% utilizan uno o más servicios a lo largo del último año.</p>
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	
<b>Otros resultados</b>	<p>Los servicios de apoyo para personas mayores en sus domicilios ofrecen múltiples beneficios si se comparan con los servicios de alojamiento residencial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Satisface a los usuarios en su deseo de permanecer en casa y de ser independientes.</li> <li>- Permite conservar lo ahorros personales que en acogimiento residencial serían gastados.</li> <li>- Son servicios más flexibles a la hora de satisfacer las necesidades personales de usuarios que requieren de servicios de atención de larga duración.</li> <li>- La seguridad de permanecer en el entorno familiar</li> <li>- La capacidad de realizar elecciones en las actividades diarias.</li> </ul> <p>Los cuidadores informales, que proporcionan el 80% de la atención, cuentan con asistencia y servicios de ayuda. En concreto, servicios de respiro, centros de día, transporte y sistemas de emergencia telefónica.</p>
<b>Limitaciones del estudio</b>	No se comparó el estatus funcional de los usuarios por lo que los datos no se pueden generalizar.
<b>Conclusiones</b>	Los servicios más utilizados son aquellos específicos de atención personal para ayuda en el baño, vestirse, realizar transferencias y deambular. Otros servicios también muy utilizados fueron el transporte a servicios de atención médica y servicios de comida a domicilio.

	<p>Otro grupo importante de necesidades abarca a aquellos usuarios con problemas de continencia, suplementos nutricionales y necesidad de mantener equipos médicos de forma prolongada.</p> <p>El valor medio de mercado por mantener a una persona en su domicilio en su comunidad es de \$4.900 al año, unos \$408 al mes.</p> <p>Los datos indican que el 43% de las personas con un servicio de gestión de casos y el 37% de los que reciben ayuda pero ellos gestionan sus servicios tienen unos ingresos nacionales de \$19.999 o menos. Si la administración proporciona unas ayudas por importe de \$5.000 se hace cargo de un 35% del coste total.</p>
<b>Relación coste-efectividad</b>	<p>Se aprecia una ligera reducción en el coste entre quienes utilizaron servicios gestionados por un gestor de casos.</p>

<b>ID Estudio</b>	72
<b>Referencia</b>	Challis, D. Et Al. "The Value of Specialist Clinical Assessment of Older People Prior To Entry to Care Homes". Age and Ageing, 33, 1, 2004, pp. 25-34.
<b>País</b>	Reino Unido
<b>Ámbito geográfico</b>	Local
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Gestión de casos
<b>Población destinataria</b>	Personas mayores que viven en sus domicilios pero para quienes puede ser necesario un ingreso en residencia.
<b>Descripción de la intervención</b>	<p>Evaluación clínica por parte de un geriatra o psiquiatra que se incorpora dentro del proceso de gestión de casos. El objeto de esta evaluación es ayudar a la hora de tomar la decisión sobre los recursos más adecuados para cubrir las necesidades de las personas.</p> <p>Las evaluaciones que se realizan en el domicilio tienen una duración aproximada de una hora e incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluación de la función cognitiva, estado de ánimo y actividades de la vida cotidiana</li> <li>- Examen físico</li> </ul> <p>Como resultado de esta evaluación los especialistas envían un informe a la persona responsable del caso en los servicios sociales en el que se detalla: el diagnóstico, el pronóstico a corto plazo (3 meses), el pronóstico a largo plazo (1 año), una descripción de las necesidades de atención y las recomendaciones en cuanto a las opciones de tratamiento.</p>
<b>Intensidad de la intervención</b>	
<b>Objetivos de la intervención</b>	<p>Mejorar o mantener la capacidad funcional</p> <p>Reducir la carga de trabajo de las personas cuidadoras</p> <p>Retrasar o evitar la institucionalización</p> <p>Reducir el uso de servicios hospitalarios</p>
<b>Profesionales que intervienen</b>	
<b>Intervención con la que se compara</b>	Gestión de casos
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	Se trata de la evaluación habitual que hacen los gestores de caso para decidir qué servicios requiere el cliente.

<p><b>Descripción de la metodología del estudio</b></p>	<p>Es un ensayo aleatorio con grupo control.          Los participantes (N=256) fueron asignados aleatoriamente a los grupos de tratamiento (evaluación especializada) (n= 129) y control (gestión de casos habitual) (n=127).          Todos los participantes recibieron una visita bien en su domicilio o en el centro de día. La recogida de datos de los dos grupos se realizó al inicio de la intervención y a los seis meses.          Se recogieron cuatro tipos de datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Encuestas de opinión, dirigidas a los profesionales –gestores de caso, médicos de familia y médicos especialistas– para recoger información sobre la utilidad de la valoración de necesidades realizada.</li> <li>- Datos sobre la capacidad funcional, cognitiva, la presencia de depresión, la conducta, la calidad de las redes sociales y la calidad de vida de las personas usuarias.</li> <li>- Datos sobre el estado de salud y el estado emocional de las personas cuidadoras.</li> <li>- Datos sobre la utilización de servicios. Estos datos se recogieron a través de las propias personas mayores, sus cuidadores y de los servicios sociales. Utilizando estos datos se calculó el coste de la atención de cada individuo para los servicios sociales, el sistema nacional de salud (NHS) y las propias familias.</li> </ul>
<p><b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la intervención</b></p>	<p>Para la recogida de datos de los participantes se utilizaron:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Para la función cognitiva: Standardised mini mental state</li> <li>- Para la depresión: Geriatric depression scale</li> <li>- Para el funcionamiento físico: Barthel</li> <li>- Para la conducta: CAPE behaviour rating scale</li> <li>- Para la calidad del cuidado: need shortfall rating</li> <li>- Para salud y funcionamiento: SF 36- Short form</li> <li>- Para redes sociales: Lubben</li> <li>- Para satisfacción con el servicio: CSQ-8</li> <li>- Para la calidad de vida: Life experience checklist.</li> </ul> <p>Para la recogida de datos de cuidadores se utilizaron:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Social behaviour assessment Schedule</li> <li>- General health questionnaire</li> <li>- Escala de satisfacción basada en el CSQ</li> </ul>
<p><b>Tipo de evaluación económica</b></p>	<p>2. Estudio coste-eficacia</p>
<p><b>Validez interna del estudio</b></p>	<p>Buena</p>
<p><b>Validez externa del estudio</b></p>	<p>Buena</p>
<p><b>Calidad del estudio de evaluación económica</b></p>	<p>Buena</p>
<p><b>Principales resultados sobre efectividad</b></p>	<p>Después de 6 meses hay mejoras significativas en el grupo de tratamiento. Un resultado significativo fue que se consiguió frenar el deterioro de la capacidad funcional. La puntuación media en el índice Barthel del grupo de</p>

	<p>intervención se redujo en 2,52 puntos en los seis meses de seguimiento, mientras que la del grupo de control se redujo en 6,43 puntos.</p> <p>Los cuidadores del grupo de tratamiento experimentan menos malestar asociado al a supervisión de las necesidades de las personas mayores. La frecuencia de dos conductas problemáticas, dolores/malestar y falta de decisión, se vieron también significativamente reducidas.</p> <p>En general, el malestar de los cuidadores del grupo de tratamiento por la conducta problemática de las personas mayores se vio reducida.</p> <p>La carga de los cuidadores incrementó en ambos grupos (control y tratamiento) pero en el grupo de tratamiento se experimentó significativamente más alivio por parte de los servicios sociales (sin que se produjeran cambios en la frecuencia de contactos)</p> <p>A los seis meses y al año de realizarse la intervención, no se apreciaron diferencias entre los dos grupos (intervención y control) en cuanto a la tasa de personas que se encontraban en residencias: el 42% de las personas en el grupo de intervención y el 47% de las del grupo de control se encontraban en residencias a los seis meses. No obstante, sí se apreciaron diferencias significativas en cuanto a los días de estancia en servicios residenciales, que fueron significativamente menos en el grupo de intervención.</p>
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	<p>Los costes generados en los seis meses posteriores a la intervención fueron menores en el grupo de intervención que en el grupo de control. Incluso teniendo en cuenta el coste adicional que supone la evaluación por parte del geriatra/psiquiatra los costes totales para el sistema de salud fueron significativamente menores para el grupo de intervención.</p> <p>El total de costes, incluidos los “costes sociales” también fueron ligeramente menores en el grupo tratamiento pero no significativamente menores.</p>
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	
<b>Otros resultados</b>	<p>La valoración de necesidades por parte de los especialistas resultó de gran utilidad a la hora de poner en conocimiento de los gestores de caso algunas enfermedades, trastornos o discapacidades (especialmente discapacidades cognitivas) de las que previamente no tenían conocimiento. El 63% de los gestores de caso consultados consideró que la evaluación les aportaba nueva información. El 61% opinó que fue útil para hacer nuevas derivaciones y el 46% que permitió adoptar medidas para que las personas mayores permaneciesen en su entorno por más tiempo.</p>
<b>Limitaciones del estudio</b>	<p>Se indica que había diferencias en malestar social (social disturbance) y en las redes sociales entre grupos, lo cual puede significar algún grado de discapacidad cognitiva en el grupo de tratamiento.</p>
<b>Conclusiones</b>	
<b>Relación coste-efectividad</b>	<p>La intervención resultó coste efectiva. Consiguió frenar el deterioro funcional de las personas mayores, mejorar la calidad de vida de sus cuidadores</p>

informales, así como el apoyo que se les presta desde los servicios sociales y disminuir el número de días de residencialización y las visitas a servicios de emergencia. Todo ello, se tradujo en un menor coste para el sistema nacional de salud y para los servicios sociales.

<b>ID Estudio</b>	75
<b>Referencia</b>	Robertson, J. Et Al. "Quality and Costs of Community-Based Residential Supports for People with Mental Retardation and Challenging Behavior". American Journal on Mental Retardation, 109, 4, 2004, pp. 332-344.
<b>País</b>	Reino Unido
<b>Ámbito geográfico</b>	Local
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Fórmulas de alojamiento en la comunidad
<b>Población destinataria</b>	Personas con discapacidad intelectual y conducta desafiante.
<b>Descripción de la intervención</b>	Alojamientos comunitarios ordinarios donde un 50% o menos de los residentes tienen problemas de conducta. Las viviendas están ubicadas cerca de alojamientos para personas con discapacidad. Son viviendas en las que conviven personas con conducta desafiante y personas con discapacidad intelectual sin problemas de conducta.
<b>Intensidad de la intervención</b>	
<b>Objetivos de la intervención</b>	Mejorar la calidad de vida
<b>Profesionales que intervienen</b>	
<b>Intervención con la que se compara</b>	Fórmulas de alojamiento en comunidad
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	Alojamientos comunitarios especialmente diseñados para personas con problemas de conducta, donde más del 50% de los residentes tienen este tipo de problemas.
<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	Es un estudio con grupo control no aleatorio que busca examinar la calidad y los costes de las fórmulas de alojamiento en la comunidad. A través de entrevistas con el personal de cada centro se recogió información sobre los costes de provisión del servicio, la naturaleza del apoyo prestado y la calidad de vida de los residentes. También se recogieron datos a través de la observación en cada uno de los centros en dos sesiones, de 10 horas al inicio y de 6:40 horas en la fase de seguimiento. Se recogieron datos en dos momentos diferentes (al inicio de la intervención y a los 10 meses) de 25 personas que vivían en centros específicos y de otros 25 que vivían en alojamientos ordinarios.
<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir</b>	Para seleccionar a la muestra objeto de estudio se utilizaron: - Aberrant behavior checklist and hyperactivity subscales - Adaptative behavior scale (ABS) language subscale

<b>los resultados de la intervención</b>	<p>Para recoger datos de las características de los participantes se utilizó:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Psychiatric assessment Schedule for adults with developmental disabilities</li> <li>- Aberrant behavior checklist</li> </ul> <p>Para recoger datos sobre el coste del servicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Client service receipt interview</li> </ul> <p>Para recoger datos de características estructurales y de procedimiento del servicio se utilizó:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Residential services setting questionnaire</li> <li>- Residential working practices scale (D.Felce)</li> <li>- Group home management interview</li> </ul> <p>Para medir los resultados de la intervención:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- The risk scale (Emerson)</li> <li>- Observación</li> <li>- Index of community involvement</li> <li>- The choice scale</li> <li>- Client service interview</li> </ul> <p>Para medir la participación de las personas usuarias:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Index of community involvement</li> </ul>
<b>Tipo de evaluación económica</b>	2. Estudio coste-eficacia
<b>Validez interna del estudio</b>	Satisfactoria
<b>Validez externa del estudio</b>	Buena
<b>Calidad del estudio de evaluación económica</b>	Aceptable
<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	<p>En relación a la calidad de vida, los residentes de viviendas específicas tienen más opción de elección en un primer momento, pero no a los 10 meses y los que residen en viviendas ordinarias reciben más horas de actividades programadas.</p> <p>No hay diferencias entre ambos grupos con respecto a riesgos y heridas.</p> <p>A los 10 meses, el tener una proporción alta de residentes con problemas de conducta estuvo asociado a un alto número de heridas por parte de compañeros, menos horas de actividades programadas y más probabilidad de recibir medicación antipsicótica.</p>
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	El coste medio anual de las viviendas ordinarias analizadas fue de 96.010 dólares (4,1 plazas de media).
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	El coste medio anual de las viviendas específicas para personas con problemas de conducta fue de 115.830 dólares anuales (4,7 plazas de media)
<b>Otros resultados</b>	<p>La ratio de personal y la ratio de personal de atención directa son significativamente más altas en los centros específicos para personas con conductas problemáticas.</p> <p>Las puntuaciones en calidad de la atención (planes de atención centrados en</p>

	<p>la persona, evaluación y enseñanza, planificación de actividades y apoyo profesional a residentes) son significativamente mejores en las viviendas específicas para residentes con conductas problemáticas.</p>
<b>Limitaciones del estudio</b>	<p>La categorización de las fórmulas de alojamiento en específicas y ordinarias fue hecha por los proveedores de servicios.</p> <p>La muestra fue muy pequeña.</p> <p>Las organizaciones que participaron en el estudio no fueron elegidas al azar. No hubo selección aleatoria de los participantes a las condiciones de estudio. Las posibles diferencias encontradas pueden ser debidas a características personales de los participantes no medidas, más a que a diferencias en los modelos de apoyo.</p> <p>Una crítica frecuente a los alojamientos ordinarios es que el contacto con personas con importantes problemas de conducta puede afectar negativamente a los residentes que no presentan esta problemática. No obstante, el estudio no analiza cómo evoluciona la conducta de los residentes que, inicialmente no tienen problemas.</p>
<b>Conclusiones</b>	<p>Los centros específicos estuvieron asociados a costes más altos de alojamiento, costes totales más altos, ratio de personal más alta, menos rigidez en las rutinas, más despersonalización, más distancia social y más personal formado en control y restricción en los últimos 3 años.</p> <p>En un primer momento, tener un alto porcentaje de usuarios con problemas de conducta estuvo asociado a uso más frecuente de restricción física y a un número mayor de heridas provocadas por los propios residentes.</p> <p>Las viviendas específicas tienen ratios de personal más altas y mejores prácticas de trabajo internas para elaborar planes individuales, evaluación y enseñanza, plan de actividades y apoyo profesional para los residentes. Estas mejoras se reflejan en un 21% de incremento en costes (atribuido principalmente a la alta ratio de profesionales).</p> <p>Sin embargo, esto no se refleja en beneficios para residentes a excepción de un mayor contacto con los profesionales como forma de interacción social. Los residentes en fórmulas de alojamiento específico tienen más probabilidad de recibir medicación psicoactiva, de estar sujetos a restricción física para controlar la conducta desafiante, de mostrar un deterioro en salud mental, de mostrar un deterioro en conducta desafiante y de mostrar un acceso más restringido a las actividades diarias.</p>
<b>Relación coste-efectividad</b>	<p>Los resultados sugieren que las fórmulas de alojamiento ordinario pueden ser más coste-efectivas que las fórmulas de alojamiento específicas para personas con problemas de conducta.</p> <p>Las viviendas específicas para personas con problemas de conducta están mejor dotadas que las ordinarias en cuanto a personal y presentan mayor calidad asistencial en cuanto a la elaboración de planes de atención y al contacto con el personal. No obstante, estas mejoras no se traducen en una mejor calidad de vida para las personas residentes. Por el contrario, las personas que viven en alojamientos específicos tienen mayor riesgo de estar sujetos a restricciones y de tener menos oportunidades de participar en las</p>

actividades de la vida diaria. Todo ello a un coste que resulta un 21% mayor que el de las viviendas ordinarias.

<b>ID Estudio</b>	78
<b>Referencia</b>	Lansley, P. Et Al. "Can Adapting the Homes of Older People and Providing Assistive Technology Pay Its Way?". <i>Age and Ageing</i> , 33, 6, 2004, pp. 571-576.
<b>País</b>	Reino Unido
<b>Ámbito geográfico</b>	Local
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Ayudas tecnológicas
<b>Población destinataria</b>	Personas mayores
<b>Descripción de la intervención</b>	Se analizan las adaptaciones y ayudas técnicas que permiten al usuario vivir en su domicilio de forma independiente. Se clasifican en tres categorías: 1. Básicas: esenciales para que el usuario permanezca en su domicilio (por ejemplo, ascensor si hay escaleras) 2. Para reducir la atención: algunas ayudas pueden reemplazar la ayuda humana (por ejemplo, duchas accesibles y eliminación de bañeras) 3. De buenas prácticas: algunas ayudas están orientadas a mejorar la calidad de vida del usuario (por ejemplo, vídeo-portero)
<b>Intensidad de la intervención</b>	
<b>Objetivos de la intervención</b>	Reducir el uso de servicios formales
<b>Profesionales que intervienen</b>	
<b>Intervención con la que se compara</b>	Atención habitual
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	Se compara con un paquete tradicional de atención personal y doméstica (humana) y ayudas técnicas básicas (imprescindibles).
<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	Es un estudio teórico que se compone de las siguientes fases: 1. Inspección de 82 viviendas ocupadas por personas mayores 2. Se desarrollan siete perfiles típicos de personas mayores, basándose en los datos de prevalencia de dos estudios nacionales sobre discapacidad. Cada perfil incluye una descripción hipotética de los individuos y sus habilidades funcionales en base a 8 dimensiones: locomoción, destreza, elasticidad, oído, vista, continencia, transferencia y atención personal. La discapacidad cognitiva quedó excluida. Se estima la evolución de las necesidades de cada perfil en 5 años. 3. Se determina cuántas de las 82 viviendas serían adaptables para cada perfil de persona mayor. Se estima después el coste medio que tendría la adaptación de la vivienda. 4. Se determina el apoyo formal que requeriría cada perfil de persona mayor (en la actualidad y tras 5 años) bajo tres supuestos: no dispone de ayuda

	informal, dispone de cuidador que no reside en el mismo domicilio y dispone de cuidador en el mismo domicilio. Se determina cuánto se podría reducir para cada perfil el apoyo formal necesario gracias a la introducción de nuevas ayudas técnicas, y qué coste tendría esto. Esto permite estimar el tiempo que se requeriría para rentabilizar las inversiones en ayudas técnicas más sofisticadas.
<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la intervención</b>	
<b>Tipo de evaluación económica</b>	99. No está claramente descrito
<b>Validez interna del estudio</b>	No aplicable
<b>Validez externa del estudio</b>	No aplicable
<b>Calidad del estudio de evaluación económica</b>	No aplicable
<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	<p>El estudio ofrece un análisis de la capacidad de adaptarse de cada una de las 82 viviendas analizadas en los dos momentos (inicio y a los 5 años)</p> <p>En relación al coste, hay correlaciones fuertes entre las puntuaciones generales de discapacidad y coste, siendo la discapacidad motora la que mayor impacto tiene.</p> <p>Los costes varían en gran medida según las características de la vivienda. A pesar de las diferencias en costes entre perfiles de usuarios las diferencias entre grupos son significativas.</p>
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	<p>La media del coste analizado oscila entre £133 y £2183 para adaptaciones básicas.</p> <p>En el momento 2 de estudio (a los 5 años) los costes son considerables e incluso ascienden a £8547 en uno de los perfiles.</p>
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	
<b>Otros resultados</b>	
<b>Limitaciones del estudio</b>	
<b>Conclusiones</b>	<p>Los resultados sugieren que las adaptaciones y ayudas técnicas llevan a ahorro que en ocasiones es significativo.</p> <p>El éxito del resultado depende de una correcta evaluación de las necesidades, los requisitos en cuanto a adaptaciones y ayudas técnicas y de asegurarse de que estas están apropiadamente emparejadas con la vivienda del usuario y sus preferencias individuales.</p>

<b>Relación coste-efectividad</b>	Las adaptaciones y ayudas técnicas pueden tanto mejorar la calidad de vida como hacerlo de manera coste-efectiva.

<b>ID Estudio</b>	80
<b>Referencia</b>	Chappell, N.L. Et Al. "Comparative Costs of Home Care and Residential Care". The Gerontologist, 44, 3, 2004, pp. 389-400.
<b>País</b>	Canadá
<b>Ámbito geográfico</b>	Local
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Ayuda a domicilio
<b>Población destinataria</b>	Personas de 65 o más años que están recibiendo servicios de atención a domicilio o en residencias.
<b>Descripción de la intervención</b>	
<b>Intensidad de la intervención</b>	
<b>Objetivos de la intervención</b>	Mejorar la calidad de vida Incrementar el grado de satisfacción de las personas usuarias Reducir el coste
<b>Profesionales que intervienen</b>	
<b>Intervención con la que se compara</b>	Atención residencial
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	
<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	<p>La literatura sobre costes públicos pone de manifiesto que la atención domiciliaria comparada con la atención residencial de larga duración puede ser una alternativa que ahorre en costes. Sin embargo, los autores plantean que hay poca investigación que tenga en cuenta los costes atribuidos a los cuidadores informales. En este sentido, la investigación realizada plantea que la atención a domicilio puede ser más cara que la atención residencial de larga estancia.</p> <p>En concreto, esta investigación es un estudio controlado no aleatorio que busca conocer la relación coste-efectividad de la atención a domicilio de las personas mayores como alternativa a los servicios de acogimiento residencial de larga duración.</p> <p>El estudio analiza los costes de la atención formal e informal en dos ciudades canadienses en dos grupos de usuarios con unas necesidades de atención similares.</p> <p>Se seleccionó una muestra de conveniencia de dos ciudades canadienses - una ciudad pequeña y una gran urbe- de 580 personas mayores. El grupo de</p>

	<p>usuarios de atención domiciliaria (grupo tratamiento) se compuso de 222 personas y el grupo control (atención residencial) se compuso de 358 personas mayores.</p> <p>Además, también se entrevistó a 501 cuidadores -186 de atención a domicilio y 317 de atención residencial-</p> <p>Se realizaron entrevistas individuales en las que se recogió información:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- De los usuarios: variables sociodemográficas, habilidades funcionales y cognitivas, uso de y satisfacción con los servicios de salud y percepciones de la calidad de vida</li> <li>- De los cuidadores: características sociodemográficas, estrés relacionado con el cuidado, y satisfacción con el uso de servicios sanitarios por parte del cliente.</li> </ul> <p>Se completaron unos diarios en los que se recogió el tiempo y el tipo de atención proporcionada a cada usuario y los gastos varios que habían tenido durante el periodo de investigación.</p>
<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la intervención</b>	<p>Para medir las habilidades funcionales se utilizó:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Systeme de mesure de l'Autonomie fonctionnelle (SMAF) mide las necesidades de atención en cinco áreas: actividades básicas de la vida diaria, movilidad, comunicación, función mental, actividades instrumentales de la vida diaria.</li> </ul> <p>Para medir la satisfacción del cliente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terrible Delightful scale</li> </ul>
<b>Tipo de evaluación económica</b>	98. Estudio de costes
<b>Validez interna del estudio</b>	Satisfactoria
<b>Validez externa del estudio</b>	Buena
<b>Calidad del estudio de evaluación económica</b>	Aceptable
<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	<p>No se encontraron diferencias significativas entre las personas que recibían ayuda a domicilio y atención residencial en cuanto a su satisfacción con la calidad de vida (medida con la escala Terrible Delightful Scale).</p> <p>Los resultados en cuanto a satisfacción con los servicios recibidos muestran que en general, las personas con mayores necesidades de atención (más dependientes) están menos satisfechas con los cuidados que reciben. No obstante, en una de las dos ciudades analizadas (Winnipeg) el grado de satisfacción fue mayor entre las personas atendidas a través de servicios comunitarios.</p> <p>Los resultados muestran que incluso teniendo en cuenta el trabajo del cuidador informal, la atención a domicilio es una alternativa menos costosa que la atención residencial.</p>

<b>Coste de la intervención evaluada</b>	Los costes de atención domiciliaria en una de las ciudades analizadas ascienden a \$32.218 para una dependencia moderada, mientras que los que corresponden a acogimiento residencial para ese mismo nivel de dependencia son de \$64.715. En la otra ciudad, una persona con el nivel más leve de dependencia atendido en la comunidad supone un coste de \$27.518, mientras que tendría un coste de \$59.292 en un centro residencial.
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	
<b>Otros resultados</b>	
<b>Limitaciones del estudio</b>	Muestra de conveniencia. Los resultados del estudio hacen referencia a personas mayores estables.
<b>Conclusiones</b>	El estudio muestra que en todos los niveles de atención los costes de la atención a domicilio fueron significativamente más bajos en comparación con los de los costes de los usuarios que viven en residencias. Los resultados muestran la importancia fundamental de tener en cuenta los costes para los cuidadores informales a la hora de analizar el coste-eficacia de la atención domiciliaria. La aportación de las familias osciló entre la mitad del coste de la atención formal prestada por el sistema y el doble de dicho coste.
<b>Relación coste-efectividad</b>	El estudio muestra que la ayuda a domicilio puede proporcionar niveles semejantes de calidad de vida y una mayor satisfacción con los cuidados recibidos a un coste menor que la atención residencial, por lo que se considera un servicio coste-efectivo.

<b>ID Estudio</b>	83
<b>Referencia</b>	Arksey, H. Et Al. "Review of Respite Services and Short-Term Breaks for Carers for People with Dementia". Londres, NHS Service Delivery and Organisation R&D Program, 2004, pp. 167.
<b>País</b>	
<b>Ámbito geográfico</b>	
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Servicios de respiro
<b>Población destinataria</b>	Personas que cuidan de familiares mayores con demencia que viven en sus domicilios
<b>Descripción de la intervención</b>	Los servicios de respiro están orientados a reducir el estrés que provoca la atención de personas con demencia. Los servicios de respiro pueden implementarse en centros de día, a domicilio, en familias de acogida, en alojamientos residenciales (por períodos de una o más noches), en diferentes programas de respiro y a través de video.
<b>Intensidad de la intervención</b>	
<b>Objetivos de la intervención</b>	Mejorar el estado de salud de las personas usuarias Retrasar o evitar la institucionalización Incrementar el grado de satisfacción de las personas usuarias Reducir la carga de trabajo de las personas cuidadoras
<b>Profesionales que intervienen</b>	
<b>Intervención con la que se compara</b>	Servicios comunitarios en general
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	
<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	Se trata de una revisión sistemática de literatura que busca conocer la eficacia y coste-eficacia de los servicios de respiro y de las cortas estancias para cuidadores de personas mayores con demencia. La información que se presenta en el documento consiste en una revisión de la literatura y en grupos de discusión y entrevistas telefónicas con cuidadores y algunos profesionales de los servicios.
<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la</b>	

<b>intervención</b>	
<b>Tipo de evaluación económica</b>	2. Estudio coste-eficacia
<b>Validez interna del estudio</b>	No aplicable
<b>Validez externa del estudio</b>	No aplicable
<b>Calidad del estudio de evaluación económica</b>	No aplicable
<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	<p>Los resultados sobre el impacto de este tipo de intervenciones en la salud física, estrés y bienestar psicológico son contradictorios. Algunos estudios muestran mejoras significativas y otras investigaciones no encuentran cambios en este sentido.</p> <p>En el caso de personas mayores con demencia que utilizan los servicios de respiro en residencias se detecta una mejora significativa en la calidad y cantidad de sueño nocturno. Sin embargo, los resultados son confusos en torno al impacto de los servicios en la capacidad para realizar actividades de la vida cotidiana, conducta y dependencia. Los autores indican que es difícil identificar efectos negativos provocados por este tipo de servicios.</p> <p>Las personas mayores con demencia que utilizan servicios de respiro pueden mantener, mejorar o incluso emporar su funcionamiento físico y cognitivo.</p> <p>Algunos estudios sugieren que la utilización de servicios de respiro de día por parte de las personas mayores con demencia puede tener un efecto preventivo en la entrada a la atención de larga estancia</p> <p>Aquellos cuidadores que utilizan los servicios de día valoran positivamente este tipo de intervención, consideran que les reporta beneficios tanto a ellos como a las personas con demencia.</p> <p>Los cuidadores que utilizan servicios de respiro a domicilio muestran altos niveles de satisfacción por la percepción de que este tipo de intervención produce beneficios a la persona dependiente y por la calidad de la atención provista.</p> <p>Los cuidadores de personas que utilizan los servicios de acogimiento familiar de respiro los valoraron muy positivamente aunque la literatura revisada no permite conocer el impacto de este tipo de intervenciones.</p> <p>Los cuidadores que utilizan los servicios de respiro en residencias también muestran un alto grado de satisfacción con estos servicios.</p> <p>Los datos de tipo cualitativo (que provienen de grupos de discusión y entrevistas telefónicas) muestran que se perciben beneficios debido al uso de este tipo de servicios y el grado de satisfacción con los mismos es muy alto.</p> <p>Los programas de respiro pueden reducir la carga de trabajo del cuidador y la depresión de los cuidadores.</p>
<b>Coste de la inter-</b>	

<b>vención evaluada</b>	
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	
<b>Otros resultados</b>	
<b>Limitaciones del estudio</b>	
<b>Conclusiones</b>	<p>Los estudios analizados proporcionan resultados confusos y en ocasiones contradictorios. La evidencia sobre la eficacia y coste-eficacia de los servicios de respiro y las cortas estancias es limitada.</p> <p>Los autores señalan que es importante tener en cuenta que la falta de evidencia sobre la eficacia no significa que este tipo de servicios sean ineficaces.</p> <p>Los servicios de día y los paquetes de apoyo multidimensional pueden proporcionar grandes beneficios a cuidadores y receptores de cuidados pero sus costes asociados pueden ser altos y bajos.</p> <p>Solamente uno de los estudios revisados analiza los años de vida ajustados por calidad (AVAC) y concluye que el coste de un paquete combinado de servicios de respiro es comparado favorablemente con otras intervención de atención sanitaria y que puede presentar una buena relación calidad-precio.</p>
<b>Relación coste-efectividad</b>	<p>Los estudios revisados presentan limitaciones metodológicas que no permiten conocer cómo de coste-efectivos son los servicios de respiro para personas con demencia.</p>

<b>ID Estudio</b>	86
<b>Referencia</b>	Ellis, A. Et Al. "Buying Time II: An Economic Evaluation of a Joint NHS/Social Services Residential Rehabilitation Unit for Older People On Discharge From Hospital". Health and Social Care in the Community, 14, 2, 2006, pp. 95-106.
<b>País</b>	Reino Unido
<b>Ámbito geográfico</b>	Local
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Coordinación de servicios socio-sanitarios
<b>Población destinataria</b>	Personas mayores de 55 años que han estado hospitalizadas y van a regresar a su domicilio y se beneficiarían de un programa de rehabilitación a corto plazo. La edad mínima para recibir el servicio es de 55 años pero la mayoría de los usuarios tienen 75 o más años.
<b>Descripción de la intervención</b>	<p>Se trata de una experiencia de coordinación socio-sanitaria en rehabilitación. El servicio evaluado es una unidad residencial de rehabilitación a corto-plazo para personas mayores que van a abandonar el hospital que está cofinanciado y prestado conjuntamente por el sistema nacional de salud y los servicios sociales. El objetivo de esta unidad es ayudar a los individuos a que recuperen la confianza en sí mismos.</p> <p>En este servicio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se realiza una evaluación continua del participante (movilidad, transferencias, motivación, capacidad cognitiva y percepción, comunicación, continencia, habilidad física, salud psicológica y emocional, factores sociales, oído y vista y salud bucal)</li> <li>- Se elabora un diagnóstico de caso con puntos fuertes y áreas de necesidad.</li> <li>- Se elabora y se pone en marcha un plan de intervención que puede incluir como áreas de intervención: movilidad y escaleras, vestirse/lavarse, ir al baño, comer, tratamientos específicos...</li> </ul> <p>La unidad evaluada se compone de 19 camas ubicadas en una planta diferente del centro residencial y cuentan con personal propio. La estancia media es 6 semanas.</p>
<b>Intensidad de la intervención</b>	
<b>Objetivos de la intervención</b>	Retrasar o evitar la institucionalización
	Reducir el uso de servicios formales
<b>Profesionales que intervienen</b>	Equipo multidisciplinar
<b>Intervención con la que se compara</b>	Servicios comunitarios en general

<p><b>Descripción de la intervención con la que se compara</b></p>	<p>El grupo control se compuso de personas que regresaron a sus domicilios tras una estancia en el hospital y recibieron los servicios de atención socio-sanitaria no coordinados que habitualmente se reciben. Estos servicios provienen del sistema de Salud y de Servicios Sociales.</p> <p>Estos servicios habituales en Salud son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Visitas clínicas a domicilio</li> <li>- Citas con enfermeras</li> <li>- Terapia clínica ocupacional y visitas domiciliarias</li> <li>- Fisioterapia clínica y visitas domiciliarias</li> <li>- Visitas de enfermera comunitaria</li> <li>- Visitas de enfermera para continencia</li> <li>- Terapeuta clínica para lenguaje y discurso y visitas domiciliarias</li> <li>- Citas con especialistas</li> <li>- Readmisión hospitalaria</li> </ul> <p>Los servicios habituales por parte de Servicios Sociales son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Visitas a domicilio por personal de SS</li> <li>- Llamadas telefónicas de personal de SS</li> <li>- Visitas domiciliarias de asistente personal</li> <li>- Estancias en otras unidades de rehabilitación</li> <li>- Estancias residenciales</li> <li>- Centros de día</li> <li>- Servicios de respiro</li> <li>- Comidas comunitarias- calientes y congeladas</li> <li>- Ayudas y adaptaciones</li> </ul>
<p><b>Descripción de la metodología del estudio</b></p>	<p>Es un estudio controlado no aleatorio.</p> <p>La muestra fue seleccionada de 10 hospitales y 94 personas formaron parte del grupo de tratamiento y se seleccionó a 112 participantes como grupo de control para emparejarlos con el grupo de tratamiento. Pero finalmente el total de participantes de los que se obtuvo información fueron 88 para el grupo de tratamiento y 106 para el grupo de control.</p> <p>Se recogieron datos de ambos grupos a los 12 meses de intervención y se comparó el coste de ambas intervenciones.</p> <p>Se entrevistó a todos los pacientes al inicio, a los 6 y a los 12 meses de intervención.</p> <p>Se llevó a cabo un estudio piloto con 75 participantes para conocer qué tipo de servicios de atención socio-sanitaria suelen ser más utilizados.</p>
<p><b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la intervención</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Barthel Index para medir la mejora en la realización de actividades de la vida cotidiana.</li> <li>- Trappes-Lomax para conocer el número de días en el domicilio sin ingresar en un centro o morir (survival-at-home time).</li> </ul>
<p><b>Tipo de evaluación económica</b></p>	<p>2. Estudio coste-eficacia</p>
<p><b>Validez interna del estudio</b></p>	<p>Satisfactoria</p>
<p><b>Validez externa del estudio</b></p>	<p>Buena</p>

<b>Calidad del estudio de evaluación económica</b>	Buena
<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	No se encontraron diferencias significativas entre el grupo de tratamiento y el grupo de control en cuanto al número de días que permanecieron en el domicilio. El tiempo medio de permanencia fue de 272 días para el grupo de tratamiento y 285 para el grupo de control.
	En general, en los 12 meses de tratamiento las personas del grupo de control utilizaron más servicios del sistema nacional de salud y también de servicios sociales, aunque las diferencias no fueron muy grandes.
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	La suma del coste de los servicios para Sanidad y Servicios Sociales es de £8.542,28 para el grupo de tratamiento.
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	La suma del coste de los servicios para Sanidad y Servicios Sociales es de £8.510,68 para el grupo control.
<b>Otros resultados</b>	
<b>Limitaciones del estudio</b>	
<b>Conclusiones</b>	Sin embargo hay un claro efecto balancín entre los servicios de Salud y los de Servicios Sociales. El coste del grupo de tratamiento recae más en Servicios Sociales mientras que el del grupo de control recae más en Sanidad.
	Los autores sugieren que la rehabilitación residencial para personas mayores no es más coste-efectiva al año de haber salido del hospital que la intervención comunitaria.
<b>Relación coste-efectividad</b>	La investigación muestra que tanto la efectividad de las intervenciones, como su coste fueron similares en los dos grupos. No obstante, hay que tener en cuenta que el estudio de efectividad se ha limitado a medir la permanencia en el domicilio y, por lo tanto, no se han medido otros resultados favorables que podría tener una intervención coordinada (satisfacción de las personas usuarias, por ejemplo).

<b>ID Estudio</b>	87
<b>Referencia</b>	Johri, M. Et Al. "International Experiments in Integrated Care for the Elderly: a Synthesis of the Evidence". <i>International Journal of Geriatric Psychiatry</i> , 18, 3, 2003, pp. 222-235.
<b>País</b>	Canadá
<b>Ámbito geográfico</b>	Local
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Servicios sociosanitarios integrados
<b>Población destinataria</b>	Personas mayores que viven en sus domicilios Personas mayores
<b>Descripción de la intervención</b>	La revisión de la literatura evalúa diferentes servicios sociosanitarios integrados: un servicio de alta hospitalaria (Darlington), servicios para mantener a las personas mayores en la comunidad el mayor tiempo posible y evitar una institucionalización prematura (On Lok, PACE, SIPA), un servicio que combina atención médica, hospitalaria y fisioterapia (S/HMO), un servicio que combina gestión de casos, evaluación geriátrica y un equipo interdisciplinar para integrar y coordinar la atención de personas mayores en la comunidad (Rovereto y Vittorio Veneto).
<b>Intensidad de la intervención</b>	
<b>Objetivos de la intervención</b>	Retrasar o evitar la institucionalización Reducir el coste Mejorar la calidad de vida
<b>Profesionales que intervienen</b>	
<b>Intervención con la que se compara</b>	Servicios comunitarios en general
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	
<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	Se trata de una revisión de estudios cuyos criterios de inclusión fueron: - Estudios experimentales con grupo control - Sobre servicios para personas mayores basados en la comunidad: no sobre enfermedades y sí sobre integración de servicios. - Con al menos uno de los siguientes resultados: tasas de hospitalización, institucionalización de larga estancia, utilización y costes, impacto del proceso de atención y resultados en salud.

	<p>- Datos provenientes del US national long term care demonstration (channelling) La revisión analizado diferentes modelos de intervención: Darlington, On Lok, PACE, S/HMO, Vittorio Veneto, Rovereto y SIPA.</p>
<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la intervención</b>	
<b>Tipo de evaluación económica</b>	2. Estudio coste-eficacia
<b>Validez interna del estudio</b>	No aplicable
<b>Validez externa del estudio</b>	No aplicable
<b>Calidad del estudio de evaluación económica</b>	No aplicable
<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	<p>Uno de los modelos analizados (Darlington) muestra un impacto positivo en el nivel de institucionalización. Otro estudio (On Lok y Pace) sí encuentra diferencias en la tasa de institucionalización pero estas no son significativas. Un estudio (Rovereto y Vittorio Veneto) muestra que el número de admisiones hospitalarias y de días de ingreso durante seis meses después de la puesta en marcha del programa es significativamente menor en el grupo tratamiento en comparación con el grupo control.</p> <p>Uno de los modelos analizados (Darlington) muestra que el coste del grupo de tratamiento (254) es menor que el coste del grupo de control (424) por semana y en aquellas ocasiones en las que es necesaria la intervención hospitalaria el coste para el grupo de tratamiento (242) sigue siendo menor que para el grupo control (277). La reducción de ingresos hospitalarios y de días del ingreso (Rovereto y Vittorio Veneto) hace que el ahorro en coste sea de un 29% por usuario y el ahorro del gasto estimado por usuario sea de \$1.260.</p> <p>Los resultados de uno de los modelos de intervención analizados (Darlington) muestran que sus usuarios, a diferencia de un grupo de control, tienen una mejor calidad de vida y no hay evidencia de un mayor estrés por parte de los cuidadores informales de las personas mayores. Otro estudio (on Lok y Pace) muestra diferencias significativas en varios indicadores de autonomía y una mayor capacidad de adaptación a nuevas situaciones (coping).</p>
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	

<b>Coste de la intervención de comparación</b>	
<b>Otros resultados</b>	
<b>Limitaciones del estudio</b>	
<b>Conclusiones</b>	<p>Por lo que se refiere al objetivo de retrasar la institucionalización de personas mayores, 5 de los 7 modelos analizados encuentran resultados positivos. En cuanto al coste 3 de los 7 modelos analizados logran sus objetivos a un coste menor que el de la atención comunitaria habitual. Finalmente, 3 de las 7 intervenciones analizadas logran mejorar la calidad de vida de las personas usuarias.</p>
<b>Relación coste-efectividad</b>	<p>Los servicios socio-sanitarios integrados pueden tener un impacto favorable en las tasas de institucionalización y en los costes. El servicio de alta hospitalaria de Darlington consigue retrasar la institucionalización de las personas mayores e incrementar su calidad de vida, a un coste menor que la atención habitual.</p> <p>Por otra parte, los equipos interdisciplinarios para integrar la atención de personas mayores de Rovereto y Vittorio Veneto consiguen reducir el número de hospitalizaciones y la duración de los ingresos hospitalarios, con el consiguiente ahorro económico.</p> <p>En conclusión, puede decirse, que de las diferentes modalidades de coordinación-integración analizadas, las que se articulan como servicios de planificación del alta hospitalaria resultan claramente coste-efectivas.</p>

<b>ID Estudio</b>	95
<b>Referencia</b>	Hurstfield, J. Et Al. "The Costs and Benefits of Independent Living". Londres, HM Government, 2007, pp. 140.
<b>País</b>	
<b>Ámbito geográfico</b>	
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Individualización de la atención
<b>Población destinataria</b>	Personas con discapacidad
<b>Descripción de la intervención</b>	<p>"Vida independiente" significa que las personas con discapacidad tengan acceso a las mismas oportunidades que los no discapacitados: crecer en sus propias familias, ser educados en el colegio más próximo, utilizar el mismo transporte público, conseguir un trabajo acorde con su formación y capacidades, tener un acceso igualitario a los mismo bienes y servicios públicos. Las personas con discapacidad necesitan pensar y hablar por si mismas sin la interferencia de otros.</p> <p>Tienen que tener la misma opción, control y libertad que cualquier otro ciudadano en casa, en el trabajo y como miembros de la comunidad.</p> <p>Los mecanismos de que dispone el "movimiento de vida independiente" para conseguir estos objetivos son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Autogestión (consumer direction)</li> <li>- Planificación centrada en la persona</li> <li>- Asistente personal</li> <li>- Ayudas económicas individuales</li> </ul>
<b>Intensidad de la intervención</b>	
<b>Objetivos de la intervención</b>	<p>Incrementar la autodeterminación o autocontrol de las personas usuarias</p> <p>Mejorar la calidad de vida</p>
<b>Profesionales que intervienen</b>	
<b>Intervención con la que se compara</b>	Servicios comunitarios en general
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	
<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	<p>Es una revisión sistemática del coste y los beneficios de los servicios de vida independiente para personas con discapacidad en comparación con otros servicios tradicionales.</p> <p>El artículo se compone de una revisión de literatura (de aproximadamente 100 documentos) y de un estudio de 5 casos. Este estudio de casos se llevó a cabo con entrevistas en profundidad a los usuarios, políticos y representantes de los propios servicios.</p>

	El análisis que se realiza de los costes y beneficios es a escala individual, del servicio y macro-económica (del dinero público).
<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la intervención</b>	
<b>Tipo de evaluación económica</b>	2. Estudio coste-eficacia
<b>Validez interna del estudio</b>	No aplicable
<b>Validez externa del estudio</b>	No aplicable
<b>Calidad del estudio de evaluación económica</b>	No aplicable
<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	<p>Por definición la individualización de la atención significa incrementar la capacidad de elección y el control de las personas usuarias sobre la organización de su propia atención. Varios estudios que han analizado los distintos mecanismos que pueden englobarse dentro del movimiento de vida independiente han demostrado que, en estos programas, la percepción de las personas usuarias sobre el control que ejercen sobre su propia vida es mucho mejor que en los servicios tradicionales (Prince et al 1995, Nadash y Zarb 1994). Algunos estudios también señalan que, debido a su mayor flexibilidad, las alternativas de vida independiente pueden cubrir una gama más amplia de necesidades (Nadash y Zarb 1994).</p> <p>La otra cara de una mayor capacidad de elección y control, consiste en que el peso de tener que gestionar las ayudas (contratar al personal, etc.) recaer sobre las familias en lugar de en los servicios (Wanless Report, 2006).</p> <p>Varios estudios señalan que la vida independiente –articulada a través de distintos mecanismos– mejora la calidad de vida de las personas usuarias, incluido su bienestar físico, mental y social (Clark et al 2004), facilita más y más diversas oportunidades de interacción social y de estilo de vida (Boyce Stainton 2004, Robertson et al 2005).</p> <p>No obstante, algunos autores señalan que los periodos de seguimiento que normalmente se emplean en los estudios de efectividad (1 o 2 años) no son suficientes para captar el verdadero impacto de las intervenciones en la calidad de vida, especialmente en las dimensiones del empleo y las relaciones sociales.</p> <p>Prince y colaboradores en 1995 encontraron que los resultados en términos de salud de las personas usuarias eran mejores entre quienes autogestionaban sus servicios, que entre quienes recibían servicios de una organización.</p>
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	Prince y colaboradores, en 1995 encontraron que el coste de la atención entre quienes autogestionaban sus propios servicios era menor que el de la

	<p>atención tradicional.</p> <p>Las ayudas económicas individuales pueden proporcionar el mismo apoyo que se presta desde los servicios a un menor coste. Este ahorro se estima en un 30-40% (Nadash y Zarb 1994) o un 20-25% (Wanless Report 2006) dependiendo de la fuente.</p> <p>La planificación centrada en la persona también ha demostrado ser competitiva en lo que al coste se refiere en comparación con servicios tradicionales (Robertson et al. 2005).</p> <p>De los cinco estudios de caso analizados, en 1 caso los costes de las dos fórmulas de atención (vida independiente y servicios convencionales) son similares, en 3 casos son favorables a la las fórmulas de vida independiente y en 1 lo son a la atención convencional.</p> <p>Con todo, hay que tener en cuenta que aunque no existen datos empíricos que lo demuestren, algunos estudios sugieren que las alternativas de vida independiente podrían encarecerse bajo algunas circunstancias (carencia de ningún tipo de apoyo informal, entornos rurales o necesidad de cuidados muy especializados, por ejemplo) (Kestenbaum, 1999).</p>
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	
<b>Otros resultados</b>	
<b>Limitaciones del estudio</b>	Dificultades metodológicas a la hora de atribuir valor a los costes y beneficios de tipo cualitativo.
<b>Conclusiones</b>	
	<p>A escala individual, hay evidencia cualitativa sustancial que indica que las alternativas de vida independiente proporcionan significativamente más beneficios que las formas convencionales de provisión de servicios.</p> <p>A nivel del sistema (sanitario y de servicios sociales) varios estudios demuestran que las fórmulas de vida independiente resultan menos costosas que la atención convencional.</p> <p>A escala macroeconómica, la investigación escasea, aunque algunos estudios muestran que los costes para la sociedad de ignorar las a las que tienen que hacer frente las personas con discapacidad en su día a día son ingentes.</p>
<b>Relación coste-efectividad</b>	Los servicios de vida independiente para personas con discapacidad y personas mayores son más coste-efectivos, o al menos no más caros que la provisión de servicios tradicionales.

<b>ID Estudio</b>	96
<b>Referencia</b>	Heywood, F. Turner, L. "Better Outcomes, Lower Cost. Implications for Health and Social Care Budgets of Investment in Housing Adaptations, Improvements and Equipment: a Review of the Evidence". Londres, HM Government, 2007, pp. 126.
<b>País</b>	
<b>Ámbito geográfico</b>	
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Ayudas tecnológicas
<b>Población destinataria</b>	Personas mayores en riesgo de dependencia
<b>Descripción de la intervención</b>	Cualquier utensilio, pieza, equipamiento o producto, que haya sido comprado, modificado o customizado y cuyo uso aumente las capacidades funcionales de las personas con discapacidad. Esta definición incluye: sillas de ruedas, equipos informáticos, modificaciones en vehículos y todo tipo de dispositivos electrónicos.
<b>Intensidad de la intervención</b>	
<b>Objetivos de la intervención</b>	Mejorar el estado de salud de las personas usuarias
	Mejorar la calidad de vida
	Prevención de caídas
	Reducir el uso de servicios formales
<b>Profesionales que intervienen</b>	
<b>Intervención con la que se compara</b>	Ninguna intervención
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	
<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	Es una revisión sistemática de estudios sobre la relación coste-efectividad de las ayudas tecnológicas para personas mayores. Se revisan estudios de <ul style="list-style-type: none"> <li>- Coste-efectividad: estudios que comparan intervenciones alternativas, analizando su efectividad y su coste.</li> <li>- Coste beneficio: estudios que cuantifican en términos monetarios todos los costes y beneficios de una propuesta, incluyendo ítems por los que el mercado no ofrece una medida satisfactoria de valor de mercado.</li> </ul> También se revisa el ahorro en forma de : <ul style="list-style-type: none"> <li>- El desembolso existente que ya no es necesario o se ve reducido.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prevención del desembolso que se tendría que llevar a cabo de otra manera.</li> <li>- Prevención del gasto (dinero no invertido en el resultado deseado).</li> </ul>
<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la intervención</b>	
<b>Tipo de evaluación económica</b>	5. No aplicable
<b>Validez interna del estudio</b>	No aplicable
<b>Validez externa del estudio</b>	No aplicable
<b>Calidad del estudio de evaluación económica</b>	No aplicable
<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	<p>Los estudios revisados indican que las ayudas tecnológicas y las adaptaciones del entorno son efectivas a la hora de prevenir problemas de salud comunes entre las personas con discapacidad como contracturas, úlceras por presión, infecciones, quemaduras y dolor. Los estudios que han medido los efectos sobre la salud indican un 50% de reducción del dolor y un 100% de reducción de quemaduras.</p> <p>Otro de los efectos beneficiosos más importantes de las ayudas técnicas, de acuerdo con los estudios revisados, es la mejora de la salud mental de las personas usuarias. Se han encontrado resultados como un incremento del 70% en el sentimiento de seguridad y un incremento de 6,2 puntos en la escala SF36 para la salud mental.</p> <p>Finalmente los estudios señalan que las adaptaciones y ayudas técnicas también pueden ser efectivas a la hora de mejorar el estado de salud de las personas cuidadoras, reduciendo la sobrecarga y permitiéndoles ejercer su labor durante más tiempo.</p> <p>Los autores de la revisión señalan que, hasta el momento, los beneficios de las adaptaciones y ayudas tecnológicas sobre la salud no han sido sistemáticamente recogidas, tarea que está por realizar.</p> <p>Los estudios revisados indican que las adaptaciones mejoran la calidad de vida de en torno al 90% de las personas que las reciben. Existen evidencias de que las personas mayores que reciben ayuda a domicilio consiguen mejorar su calidad de vida cuando las adaptaciones les permiten prescindir del servicio. También hay evidencias de que la calidad de vida de las personas que pueden permanecer o regresar a su domicilio con adaptaciones mejora su calidad de vida respecto a la atención residencial.</p> <p>Existe cierto consenso en que la manera más efectiva de prevenir caídas en personas mayores es mediante intervenciones integrales e individualizadas que incluyan entre otros componentes las adaptaciones del entorno y las ayudas tecnológicas. Los cuatro componentes clave de un programa exitoso</p>

	<p>de prevención de caídas serían: gimnasia para fortalecimiento muscular y mejora del equilibrio, evaluación de los peligros presentes en la vivienda y realización de las adaptaciones consiguientes, revisión de la vista y tratamiento adecuado; y revisión de la medicación y modificaciones necesarias a la misma.</p> <p>Los estudios analizados reconocen el potencial de las adaptaciones como medio para eliminar los peligros existentes en la vivienda. No obstante, también existen estudios que indican que podrían ser efectivas a la hora de mejorar el estado de ánimo de las personas mayores y, en consecuencia, reducir el riesgo de padecer caídas.</p>
	<p>Por lo que se refiere a la efectividad de las adaptaciones para reducir el uso de la ayuda a domicilio, los estudios revisados indican que son especialmente efectivas en el caso de personas jóvenes con discapacidad (incluidas las personas mayores jóvenes). Cuando la adaptación realizada o la ayuda provista pueden eliminar la necesidad de visitas diarias o nocturnas la inversión realizada se recuperará entre unos pocos meses y tres años y, en los casos revisados, producirá ahorros anuales de entre 1.200 y 29.000 libras esterlinas.</p> <p>Por lo que se refiere a la atención residencial, cuando la adaptación del hogar permite a la persona mayor vivir de forma autónoma, la inversión realizada se puede recuperar en 1 año o menos, y produce un ahorro al sistema de servicios sociales de entre 25.000 y 80.000 libras esterlinas anuales.</p>
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	
<b>Otros resultados</b>	
<b>Limitaciones del estudio</b>	
<b>Conclusiones</b>	<p>La revisión pone de manifiesto que la provisión de ayudas tecnológicas y equipamiento para personas con discapacidad produce ahorros en los presupuestos de atención sanitaria y social en cuatro grandes bloques:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Ahorros por reducir o retirar completamente el desembolso actual:<ul style="list-style-type: none"><li>- Se ahorra en el coste de atención residencial</li><li>- Se reduce el coste de la atención a domicilio.</li></ul></li><li>2. Ahorro por la prevención del desembolso que de otra forma tendría que gastarse:<ul style="list-style-type: none"><li>- Prevención de roturas de caderas</li><li>- Prevención de otros gastos sanitarios</li><li>- Prevención de coste de atención sanitaria para cuidadores</li><li>- Prevención de las admisiones a atención residencial</li></ul></li><li>3. Ahorro por la prevención del gasto inadecuado<ul style="list-style-type: none"><li>- Cuando, por ejemplo, se alarga una estancia hospitalaria innecesariamente por el hecho de que la vivienda de la persona no está adaptada.</li></ul></li><li>4. Ahorro porque se consiguen mejores resultados con el mismo presu-</li></ol>

	<p>puesto</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Cuando, por ejemplo, se consigue mejorar la calidad de vida de la persona usuaria.</li></ul>
	<p>No todas las ayudas ahorran dinero pero sí son una alternativa a la atención residencial, o la prevención de rotura de cadera o una rápida alta hospitalaria. En aquellas ocasiones en las que se alivia la carga del cuidador o se mejora la salud mental de todo el hogar, se ahorra dinero, que en ocasiones el ahorro puede ser a gran escala.</p>
<b>Relación coste-efectividad</b>	<p>Hay evidencia suficiente de que, para la mayoría de las personas mayores, el periodo de recuperación de la inversión realizada es menor que la esperanza de vida de la persona en cuestión y que conseguirá mejorar la calidad de vida de la persona usuaria.</p>

<b>ID Estudio</b>	97
<b>Referencia</b>	Curry, N. "Preventive Social Care. Is It Cost Effective?" Londres, King'S Fund, 2006, pp. 48.
<b>País</b>	
<b>Ámbito geográfico</b>	
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Coordinación servicios socio-sanitarios
<b>Población destinataria</b>	Personas mayores en riesgo de dependencia
<b>Descripción de la intervención</b>	<p>Los servicios de atención intermedia son recursos que se sitúan entre lo comunitario y lo residencial, es decir, entre los recursos primarios y especializados, y también, desde otro punto de vista, entre lo sanitario y lo social. En esta revisión se revisan intervenciones de carácter socio-sanitario que tienen el objetivo de mejorar la transición entre el hospital y la comunidad y de prevenir futuras readmisiones hospitalarias y residenciales.</p> <p>Se analizan los servicios de atención intermedia como experiencia de coordinación socio-sanitaria.</p>
<b>Intensidad de la intervención</b>	
<b>Objetivos de la intervención</b>	<p>Reducir el uso de servicios hospitalarios</p> <p>Retrasar o evitar la institucionalización</p>
<b>Profesionales que intervienen</b>	
<b>Intervención con la que se compara</b>	Atención habitual
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	
<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	Forma parte de un estudio de revisión de intervenciones sociales preventivas, entre ellas la atención intermedia.
<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la intervención</b>	
<b>Tipo de evaluación económica</b>	2. Estudio coste-eficacia
<b>Validez interna del estudio</b>	No aplicable

<b>Validez externa del estudio</b>	No aplicable
<b>Calidad del estudio de evaluación económica</b>	No aplicable
<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	<p>Se obtienen resultados contradictorios sobre la efectividad de los servicios de atención intermedia para reducir el uso de servicios hospitalarios. Por una parte, algunas evaluaciones señalan que este tipo de servicios pueden evitar la hospitalización (Barton et al 2006) aunque otros estudios indican que el coste puede ser superior a una estancia hospitalaria (Netten y Curtis 2003) y que pueden prolongar el tiempo de hospitalización (si se tiene en cuenta la hospitalización y la estancia de atención intermedia).</p> <p>Por otra parte, las experiencias de servicios de respuesta rápida –equipos multidisciplinares que ofrecen a la persona mayor una intervención inmediata en el hogar (2 días) cuando se le da de alta en el hospital, consiguen resultados muy positivos. El servicio de West Lothian (un ayuntamiento inglés) consiguió un ahorro de 1700 días de estancia hospitalaria en 2002 (lo que equivale a un ahorro de 4,6 plazas) y 3.200 en 2003-2005. El servicio de Medway (otro ayuntamiento de Inglaterra) ahorró 141 días de estancia hospitalaria a lo largo de los 5 meses de evaluación de su servicio de respuesta rápida para personas mayores que han sido dados de alta de traumatología.</p> <p>Dos de los estudios analizados (Godfrey 2006 y Griffiths et al 2005) encuentran reducciones en la tasa de institucionalización de personas atendidas en servicios de atención intermedia prestados por personal de enfermería. Uno de ellos apunta a que entre un 64% y un 75% de las personas mayores atendidas en el servicio regresaron a su propio domicilio.</p> <p>Hay muchos estudios que muestran que las intervenciones de baja intensidad que pueden ser efectivas a la hora de mantener la independencia.</p>
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	
<b>Otros resultados</b>	<p>La revisión realizada también pone de manifiesto que la efectividad de los servicios intermedios depende en gran medida del tipo de servicio del que se trate.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La hospitalización a domicilio parece el tipo de servicio sobre cuyo coste-efectividad mayor consenso existe.</li> <li>- Los datos indican que las intervenciones a domicilio proporcionadas por enfermeras no resultan efectivas cuando se requiere una rehabilitación rápida, pero sí cuando se trata de cuidados algo más prolongados.</li> <li>- Las cortas estancias en residencias pueden reducir la demanda de camas hospitalarias pero a cambio de una mayor utilización de los servicios residenciales, lo cual es poco probable que resulte coste-efectivo.</li> <li>- Finalmente, aunque sujetas a evaluaciones menos rigurosas, los equipos de respuesta rápida parecen obtener resultados prometedores en térmi-</li> </ul>

	nos de eficacia, aunque no se presentan los costes.
<b>Limitaciones del estudio</b>	<p>Hay que tener en cuenta que existen numerosas modalidades de atención intermedia, con distinta intensidad distintos objetivos, etc. Esto dificulta extraer conclusiones de diferentes estudios.</p> <p>Por otra parte, algunos autores han señalado que, en numerosas ocasiones, los estudios realizan un seguimiento lo suficientemente amplio para medir adecuadamente los resultados y los costes de la atención intermedia.</p>
<b>Conclusiones</b>	
<b>Relación coste-efectividad</b>	<p>Hay una falta de consenso sobre la relación coste-efectividad de la atención de tipo intermedio. Algunos estudios no la han encontrado coste-efectiva para la población general, pero en colectivos y situaciones específicas, como ataques cardíacos y caídas, sí hay mayor consenso sobre su coste-efectividad. En este sentido, los resultados sobre servicios de prevención secundaria de ataques cardíacos son los más sólidos.</p> <p>Los estudios analizados también señalan que las diferentes modalidades de servicio varían sustancialmente en su relación coste-efectividad, siendo la hospitalización a domicilio, las visitas domiciliarias por parte de enfermeras y los equipos multidisciplinares de respuesta rápida los que mejores resultados obtienen.</p>

<b>ID Estudio</b>	98
<b>Referencia</b>	Andrich, R. Caracciolo, A. "Analysing the Cost of Individual Assistive Technology Programmes". Disability and Rehabilitation: Assistive Technology, 2, 4, 2007, pp. 207-234.
<b>País</b>	Italia
<b>Ámbito geográfico</b>	Local
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Ayudas tecnológicas
<b>Población destinataria</b>	Personas con discapacidad que viven en sus hogares y necesitan de ayudas tecnológicas para realizar las actividades de la vida cotidiana.
<b>Descripción de la intervención</b>	
<b>Intensidad de la intervención</b>	
<b>Objetivos de la intervención</b>	Reducir el coste
<b>Profesionales que intervienen</b>	
<b>Intervención con la que se compara</b>	Ninguna intervención
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	
<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	Es un estudio de casuística que se centra en los costes de las ayudas tecnológicas para personas con discapacidad. Se revisaron 31 programas individuales de ayudas tecnológicas. Se llevó a cabo un análisis de coste con el Siva Cost Assessment Instrument (SCAI) en un plazo de tiempo de 5 años.
<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la intervención</b>	Siva cost assessment instrument SCAI es un instrumento diseñado para ayudar a los profesionales estimar los aspectos económicos de proporcionar a las personas ayudas técnicas. Es un instrumento informativo que utiliza una evaluación clínica para estimar el coste de las ayudas técnicas y permite comparar soluciones alternativas, incluida la no prestación de ningún servicio.
<b>Tipo de evaluación económica</b>	2. Estudio coste-eficacia
<b>Validez interna del estudio</b>	Pobre
<b>Validez externa del estudio</b>	Pobre

<b>Calidad del estudio de evaluación económica</b>	Aceptable
<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	<p>El coste adicional de programa oscila entre un ahorro de 152.857€ y un coste de 172.261€, con un ahorro medio de 24.801€ por caso. La diversidad de cuantías entre casos no permite inferir correlaciones fiables entre las condiciones clínicas (edad, patología, historia de caso) del participante y el coste asociado al programa de ayudas técnicas.</p> <p>La mayoría de las ayudas técnicas propuestas tienen un elevado precio a la hora de la compra pero a largo plazo alcanzan un ahorro en costes sociales debido a una reducción en la carga de atención.</p> <p>Algunos de los casos objeto de estudio presentan un ahorro en costes sociales que ronda los 150.000€ a lo largo de 5 años. Además, otro hallazgo de este trabajo es la diferencia en costes sociales entre casos con ayudas técnicas similares.</p>
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	
<b>Otros resultados</b>	<p>Este estudio confirma la viabilidad de una técnica que permite analizar el coste/resultados en programas individualizados de ayudas técnicas. El instrumento utilizado genera información útil a la hora de diseñar un programa individual de ayudas técnicas y a la hora de comparar diferentes programas individuales de ayudas técnicas.</p>
<b>Limitaciones del estudio</b>	
<b>Conclusiones</b>	<p>Los resultados confirman que en todos los estudios de caso analizados las ayudas tecnológicas fueron un servicio proporcionado de manera adecuada y la baja tasa de abandono confirma este hecho.</p> <p>La mayoría de los programas de ayudas tecnológicas no solamente provocan cambios positivos en la calidad de vida sino que conllevan un ahorro considerable en términos de coste social.</p> <p>La inversión realizada en este tipo de apoyos generalmente indica situaciones severas que requieren de soluciones complejas de ayudas técnicas con pocas alternativas posibles.</p> <p>En las ocasiones en las que el ahorro es considerable generalmente se trata de situaciones que, en principio, podían haber sido resueltas de otra manera, pero en las que la intervención ha sido altamente efectiva en términos de coste social gracias a las ayudas tecnológicas.</p>
<b>Relación coste-efectividad</b>	<p>La mayoría de los programas de ayudas tecnológicas no solamente provocan cambios positivos en la calidad de vida sino que conllevan un ahorro considerable en términos de coste social.</p>

<b>ID Estudio</b>	99
<b>Referencia</b>	Mansell, J. Et Al. "Deinstitutionalisation and Community Living. Outcomes and Costs: Report of a European Study. Volume 2: Main Report". Canterbury, Tizard Centre, 2007, pp. 140.
<b>País</b>	
<b>Ámbito geográfico</b>	
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Fórmulas de alojamiento en la comunidad
<b>Población destinataria</b>	Personas con discapacidad intelectual que viven en centros residenciales
<b>Descripción de la intervención</b>	
<b>Intensidad de la intervención</b>	
<b>Objetivos de la intervención</b>	Mejorar la calidad de vida
	Reducir el coste
<b>Profesionales que intervienen</b>	
<b>Intervención con la que se compara</b>	Ninguna intervención
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	
<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	<p>Se trata de una revisión de la literatura que busca conocer la evidencia empírica y estimular políticas que redistribuyan los recursos de manera que se puede satisfacer del mejor modo posible las necesidades de personas con discapacidad pasando a las personas de grandes residencias a fórmulas de alojamiento residencial y a servicios de vida independiente. El informe revisa los costes de ambos tipos de servicios y se centra en servicios de Inglaterra, Alemania e Italia.</p> <p>Se revisan los costes directos, indirectos, de los que se hacen cargo las familias y otros cuidadores informales, ocultos (por pérdida de oportunidades, por ejemplo, falta de ingresos por no trabajar) y los costes intangibles.</p> <p>Los autores plantean que los gobiernos han de dar respuesta a las siguientes 4 preguntas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>¿Es en la actualidad el coste de la atención en comunidad menor que el coste en residencias?</li> <li>¿Son los costes institucionales y comunitarios mayores para personas con problemas clínicos, sociales o de conducta (con mayor número de necesidades)?</li> <li>¿En una comparación de igual a igual -ajustando según las necesidades de los usuarios- es el coste comunitario menor que el institucional?</li> <li>¿En el caso de que el coste comunitario sea mayor que el institucional, se</li> </ol>

	debe a que es más coste-efectivo y se obtienen mejores resultados para usuarios y familiares por lo que se considera que merece la pena “pagar de más”?
<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la intervención</b>	
<b>Tipo de evaluación económica</b>	2. Estudio coste-eficacia
<b>Validez interna del estudio</b>	No aplicable
<b>Validez externa del estudio</b>	No aplicable
<b>Calidad del estudio de evaluación económica</b>	No aplicable
<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	<p>Hay estudios que muestran que la calidad de vida de las personas en fórmulas de alojamiento comunitario es igual de buena o mejor que la de aquellos que están hospitalizados. En las fórmulas de alojamiento residencial los síntomas psiquiátricos y la conducta social no empeoran sino que se mantienen estables con el paso del tiempo.</p> <p>Los costes de la atención hospitalaria son significativamente mayores que los costes de la atención en fórmulas de acogimiento en la comunidad. Algunos estudios muestran que para aquellas personas con discapacidad con problemas de salud mental severos la atención comunitaria es más cara que la atención residencial.</p> <p>Los autores concluyen que no hay evidencia empírica suficiente para afirmar que la atención comunitaria es más costosa que la atención en grandes instituciones si la comparación es en base a necesidades similares de los residentes y una calidad similar de atención.</p>
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	Los autores señalan numerosos factores que influyen en el coste del servicio: tipo de alojamiento, ubicación, tamaño, edad del usuario, diagnóstico psiquiátrico, etc.
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	
<b>Otros resultados</b>	
<b>Limitaciones del estudio</b>	
<b>Conclusiones</b>	Diferentes estudios muestran que las fórmulas de alojamiento en la comunidad son más coste-efectivas que la atención hospitalaria o en grandes centros residenciales para la mayoría de las personas usuarias.

**Relación coste-efectividad**

<b>ID Estudio</b>	101
<b>Referencia</b>	Felce, D. Et Al. "Outcomes and Costs of Community Living: Semi Independent Living and Fully Staffed Group Homes". American Journal on Mental Retardation, 113, 2, 2008, pp. 87-101.
<b>País</b>	Reino Unido
<b>Ámbito geográfico</b>	Local
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Fórmulas de alojamiento en la comunidad
<b>Población destinataria</b>	Personas con discapacidad intelectual con necesidades de apoyo de baja intensidad.
<b>Descripción de la intervención</b>	Son pisos con un tamaño igual o inferior a 4 plazas, en los que la presencia del personal no es permanente. No cuentan con personal durante un mínimo de 28 horas semanales durante las horas del día en las que los usuarios están en el piso. Tampoco cuentan con personal durante la noche.
<b>Intensidad de la intervención</b>	
<b>Objetivos de la intervención</b>	Mejorar la calidad de vida Incrementar la autodeterminación o autocontrol de las personas usuarias
<b>Profesionales que intervienen</b>	Voluntarios
<b>Intervención con la que se compara</b>	Fórmulas de alojamiento en comunidad
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	Pisos asistidos con un tamaño igual o inferior a 4 plazas que cuentan con personal remunerado (no voluntario) de manera permanente. Se incluyen los pisos en los que el personal se ausenta durante los momentos del día que el piso está vacío por encontrarse sus usuarios en sus puestos de trabajo.
<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	De cara a comparar: <ul style="list-style-type: none"> <li>- La calidad de vida.</li> <li>- La implicación social.</li> <li>- El nivel de participación y autonomía en la organización de la vida doméstica.</li> <li>- El coste de la intervención.</li> </ul> De los dos tipos de centros -viviendas asistidas y pisos semi-independientes- se seleccionaron 35 parejas de usuarios. La selección de los centros no fue aleatoria ya que se emparejó a los usuarios de ambos centros de acuerdo con las siguientes variables: conducta de adaptación y desafiante y estatus de salud mental.

<p><b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la intervención</b></p>	<p>La selección de los usuarios de los dos tipos de viviendas y su emparejamiento se hizo gracias a los siguientes cuestionarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Formulario abreviado del Adaptive Behavior Scale.</li> <li>- Formulario abreviado del Aberrant behavior checklist</li> <li>- PAS-ADD (para medir problemas de salud mental).</li> </ul> <p>El personal de dirección fue entrevistado y completó los siguientes cuestionarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Residential Services Setting Questionnaire.</li> <li>- Characteristic of the Physical Environment scale</li> <li>- Residential Services Working Practices Scales.</li> </ul> <p>Para medir la calidad de vida de los usuarios de ambos grupos se utilizaron:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Money Management Scale</li> <li>- Health Survey for England.</li> <li>- Health Care Scale</li> <li>- Risk Scale</li> <li>- Safety Inventory</li> </ul> <p>Para medir la implicación social o comunitaria se utilizaron:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Una escala que combinó el Index of Community Involvement y una escala para medir participación social.</li> <li>- Social Network Map</li> <li>- Loneliness Questionnaire</li> </ul> <p>Para medir el nivel de independencia y participación individual en la organización doméstica se utilizó:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Index of Participation in Domestic Life</li> <li>- Choice Questionnaire</li> <li>- Choice Scale</li> <li>- Lifestyle Satisfaction Scale</li> </ul> <p>Para medir el coste de la intervención se midió:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los servicios de alojamiento: coste de personal de atención directa, coste de la vivienda (calefacción, agua o comida), administración y costes de la entidad general que proporciona el servicio.</li> <li>- Los servicios de no alojamiento, como servicios de día o atención hospitalaria y comunitaria. Client Service Receipt Inventory.</li> </ul>
<p><b>Tipo de evaluación económica</b></p>	<p>2. Estudio coste-eficacia</p>
<p><b>Validez interna del estudio</b></p>	<p>Satisfactoria</p>
<p><b>Validez externa del estudio</b></p>	<p>Buena</p>
<p><b>Calidad del estudio de evaluación económica</b></p>	<p>Buena</p>
<p><b>Principales resultados sobre efectividad</b></p>	<p>La calidad de vida -la participación en mayor medida de manera independiente en actividades comunitarias, en actividades diarias de organización doméstica y la mayor probabilidad de contar con personas que no sean sus familias, los profesionales o personas con discapacidad intelectual en sus redes de apoyo social- es valorada como más positiva en los pisos semi-</p>

	<p>independientes a diferencia de las pisos asistidos.</p> <p>El grado de autodeterminación de los usuarios de los pisos semi-independientes es mayor que el de los pisos asistidos.</p>
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	Coste semanal del servicio: 542.1\$
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	Coste semanal del servicio: 1539.0\$
<b>Otros resultados</b>	
<b>Limitaciones del estudio</b>	<p>La limitación principal concierne al tamaño de la muestra.</p> <p>No se controlaron todas las características de los participantes que pudieron influir en los resultados:</p> <p>Hay cierta falta de equivalencia en la ratio de género y la media de edad</p> <p>Hay algo de diferencia en la experiencia previa residencial de los participantes.</p>
<b>Conclusiones</b>	<p>Los usuarios de pisos semi-independientes a diferencia de los usuarios de viviendas asistidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tienen más problemas de gestión financiera</li> <li>- Tienen menos probabilidad de revisarse la vista en los siguientes dos años.</li> <li>- Tienen peor cuidado de salud relacionado con los riesgos de enfermedad.</li> <li>- Participan en menor grado de actividades comunitarias.</li> <li>- Participan en mayor medida de manera independiente en actividades comunitarias.</li> <li>- Tienen más probabilidad de contar con personas que no sean sus familias, los profesionales o personas con discapacidad intelectual en sus redes de apoyo social.</li> <li>- Participan más en actividades diarias de organización doméstica.</li> <li>- Cuentan con una mayor variedad de experiencias.</li> </ul> <p>En relación al coste:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Las actividades en centros de día suponen la mayoría de los costes de no alojamiento. El estudio proporciona información concreta del tipo de coste (personal, actividades comunitarias, etc.)</li> <li>- Los costes de no alojamiento son superiores para las viviendas asistidas en comparación con los pisos semi-independientes.</li> <li>- El coste del personal supone el 76% del total del coste de alojamiento en viviendas asistidas y el 66% de los pisos semi-independientes.</li> <li>- En general todos los costes eran superiores en las viviendas asistidas en comparación con los pisos semi-independientes.</li> </ul>
<b>Relación coste-efectividad</b>	<p>Los pisos semi-independientes tienen un menor coste que las viviendas asistidas y la auto-determinación y el grado de integración en la comunidad es mayor.</p>

<b>ID Estudio</b>	102
<b>Referencia</b>	Stancliffe, R.J. Keane, S. "Outcomes and Costs of Community Living: a Matched Comparison of Group Homes and Semi-Independent Living". <i>Journal of Intellectual and Developmental Disability</i> , 25, 4, 2000, pp. 281-305.
<b>País</b>	Australia
<b>Ámbito geográfico</b>	Local
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Fórmulas de alojamiento en la comunidad
<b>Población destinataria</b>	Personas con discapacidad intelectual
<b>Descripción de la intervención</b>	Son fórmulas de alojamiento semi-independientes, de 1 a 4 personas viviendo juntas con apoyo profesional remunerado de manera frecuente a tiempo parcial y sin apoyo profesional a lo largo de la noche. De media la vivienda no cuenta con apoyo profesional remunerado durante al menos 28 horas por semana durante el día, mientras los usuarios están en el domicilio.
<b>Intensidad de la intervención</b>	
<b>Objetivos de la intervención</b>	Mejorar la calidad de vida
	Empoderamiento / incrementar la autoeficacia
	Incrementar la autodeterminación o autocontrol de las personas usuarias
	Reducir el coste
<b>Profesionales que intervienen</b>	
<b>Intervención con la que se compara</b>	Fórmulas de alojamiento en comunidad
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	Viviendas de grupo. Son alojamientos en los que conviven de 3 a 7 personas y cuentan con apoyo profesional remunerado a tiempo completo (al menos en horario diurno). Puede que haya momentos en los que no haya personal presente debido a que no hay ningún usuario en el domicilio. Cuentan en general con personal durante la noche aunque puede que no haya nadie en el momento en el que todos los usuarios estén dormidos.
<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	Es un estudio controlado no aleatorio que analizó la calidad de vida, la seguridad, la soledad, la falta de satisfacción social, la atención personal, el manejo doméstico, la atención sanitaria, la red social, la utilización de servicios comunitarios formales, la participación comunitaria, la participación

	<p>doméstica, la estabilidad del lugar de residencia, el cambio de acompañantes y el apoyo natural.</p> <p>Se emparejó a 27 residentes en viviendas agrupadas con 27 usuarios de viviendas semi-independientes y todos los participantes presentaron necesidades de apoyo similares (de baja o moderada intensidad)</p> <p>Se recogieron datos también de 35 profesionales.</p> <p>Se recogió información sobre el coste del personal remunerado (número de horas), el coste anual del servicio por persona (apoyo profesional directo, costes administrativos, otros costes de equipamiento y mantenimiento y costes individuales).</p>
<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la intervención</b>	<p>Para emparejar los grupos se utilizó:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inventory for client and agency planning para conocer la conducta adaptativa/desafiante</li> </ul> <p>Para la recogida de datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quality of Life Questionnaire (QOL-Q)</li> <li>- Loneliness questionnaire</li> <li>- Safety questionnaire diseñado ad hoc</li> <li>- Index of participation in domestic life (IPDL)</li> <li>- Cuestionarios diseñados ad hoc para recoger información de: atención personal, manejo/organización doméstica, atención sanitaria, manejo financiero, red de apoyo social, utilización de servicios comunitarios formales, participación comunitaria, estabilidad del lugar de residencia, cambio de compañero de domicilio y apoyo natural.</li> </ul>
<b>Tipo de evaluación económica</b>	2. Estudio coste-eficacia
<b>Validez interna del estudio</b>	Satisfactoria
<b>Validez externa del estudio</b>	Buena
<b>Calidad del estudio de evaluación económica</b>	Aceptable
<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	<p>Las personas que viven en fórmulas de alojamiento semi-independiente muestran, en comparación con los que viven en viviendas de grupo, una menor falta de satisfacción social de acuerdo con el cuestionario de calidad de vida utilizado.</p> <p>Los usuarios de viviendas semi-independientes utilizaron los recursos comunitarios de manera independiente con significativamente mayor frecuencia en comparación con los usuarios de viviendas de grupo.</p> <p>Las personas que viven de manera semi-independiente muestran más participación en tareas domésticas y más empoderamiento que los usuarios del grupo control</p> <p>Las fórmulas de alojamiento semi-independiente fueron significativamente</p>

	menos costosas que las viviendas de grupo, debido básicamente al coste atribuido al personal de apoyo.
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	El coste por usuario de horas de apoyo de personal y el gasto (no capital) recurrente en servicios de apoyo fue significativamente mayor en las viviendas de grupo.
<b>Otros resultados</b>	
<b>Limitaciones del estudio</b>	<p>Los participantes presentan necesidades de apoyo baja y moderada por lo que los datos no se pueden generalizar a todo el colectivo de personas con discapacidad intelectual.</p> <p>Las características personales de los grupos analizados no son representativas.</p> <p>Algunas de las escalas diseñadas ad hoc para la recogida de datos no están validadas.</p> <p>No se prorratearon los costes del personal y provisión de servicios al número de participantes beneficiarios.</p> <p>Algunos datos sobre coste de servicio no fueron obtenidos.</p> <p>La fiabilidad de los datos proporcionados por el personal se pone en cuestión ya que algunos profesionales tienen poco contacto con algunos usuarios.</p>
<b>Conclusiones</b>	<p>Los grupos no presentaron puntuaciones diferentes en la mayoría de las variables analizadas. Se encontraron diferencias significativas favorables a las viviendas independientes en 5 de las 22 variables medidas: una menor falta de satisfacción social, un uso más frecuente y más independiente de recursos comunitarios, una mayor participación en tareas domésticas, y mayor empoderamiento.</p> <p>Se sugiere que la ausencia de personal no solamente facilita la libre elección sino que contribuye a la realización independiente de otras actividades.</p> <p>La menor ratio de personal en el grupo de intervención no estuvo asociada a peores resultados.</p> <p>El gasto por persona fue sustancialmente mayor para el grupo de control (viviendas de grupo).</p>
<b>Relación coste-efectividad</b>	Los autores concluyen que, ya que los usuarios de viviendas semi-independientes obtienen una puntuación similar o mejor con menos apoyo de personal y a un menor coste, las fórmulas de alojamiento semi-independiente son más coste-efectivas que las viviendas de grupo.

<b>ID Estudio</b>	103
<b>Referencia</b>	Robertson, J. Et Al. "Análisis longitudinal del impacto y coste de la planificación centrada en la persona para personas con discapacidad intelectual en Inglaterra". <i>Siglo Cero</i> , 39(1), 225, 2008, pp. 5-30.
<b>País</b>	Reino Unido
<b>Ámbito geográfico</b>	Local
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Planificación centrada en la persona
<b>Población destinataria</b>	Personas con discapacidad intelectual
<b>Descripción de la intervención</b>	La planificación centrada en la persona es obligatoria en Inglaterra para las personas con discapacidad intelectual. Este recurso es central en las políticas nacionales actuales para el desarrollo y prestación de servicios sanitarios y sociales para este colectivo.
<b>Intensidad de la intervención</b>	
<b>Objetivos de la intervención</b>	Mejorar la calidad de vida
<b>Profesionales que intervienen</b>	
<b>Intervención con la que se compara</b>	Atención habitual
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	
<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	<p>Estudio pre-post.</p> <p>Se puso en marcha en cuatro ciudades (del ámbito rural y urbano) la planificación centrada en la persona en un período de 12 meses.</p> <p>Los participantes en el estudio fueron las primeras 25 personas con discapacidad intelectual de cada lugar para quienes se intentó desarrollar un plan (N=93).</p> <p>La variación en los plazos de ejecución del plan en cada lugar provocó que de algunos participantes solamente hubiera datos del inicio, ya que en 12 meses no se puso en marcha el recurso evaluado, por lo que los análisis sobre el plan fueron realizados solamente con 65 casos, que fueron las personas que finalmente contaron con un plan.</p> <p>Para desarrollar la planificación centrada en la persona, consultores externos formaron a los gerentes de los centros de apoyo a personas con discapacidad y a unos 16 facilitadores (personal de apoyo externo, con discapacidad intelectual y voluntarios no remunerados y familiares) por zona. La formación tuvo lugar durante 20 días y en sesiones de 5/8 horas.</p> <p>De cara a evaluar los efectos de la intervención, se midieron los cambios en</p>

	<p>las experiencias vitales de los participantes antes de la elaboración de su plan de atención centrado en la persona, y después de haber desarrollado dicho plan.</p> <p>La recogida de información fue cada 3 meses mediante cuestionarios y entrevistas personales a las personas con discapacidad y a informantes clave. Se realizó un seguimiento de 2 años.</p>
<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la intervención</b>	<p>Para medir actividades actuales diarias organizadas, actividad física:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Health survey for England</li> </ul> <p>Para medir actividades basadas en la comunidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Index of community involvement</li> </ul> <p>Para medir redes sociales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Social network map</li> </ul> <p>Para medir contacto con la familia y amigos, uso de servicios hospitalarios, revisiones de salud, recepción de servicios comunitarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Client Service receipt inventory</li> </ul> <p>Para los participantes en viviendas de apoyo se utilizó:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Residential services setting questionnaire</li> </ul> <p>Para medir problemas de salud, medicaciones prescritas, puntos fuertes y débiles conductuales y emocionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Strengths and difficulties questionnaire</li> </ul> <p>Para medir riesgos, accidentes y lesiones se utilizó una versión adaptada de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Risk scale</li> </ul> <p>Para medir capacidad y limitaciones adicionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ABS-Residencial y comunidad</li> </ul> <p>Para medir estado psiquiátrico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PAS-ADD checklist</li> </ul> <p>Para medir síndromes asociados a la discapacidad intelectual, conducta problemática:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Learning disabilities casemix scale</li> </ul> <p>Para medir el nivel económico del vecindario:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- English indexes of deprivation.</li> </ul> <p>Para medir los costes de la intervención se tuvieron en cuenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El coste de la formación inicial y el apoyo continuado para poner en marcha la planificación centrada en la persona.</li> <li>- El coste del paquete integral de apoyo (servicios residenciales y comunitarios) recibido por los participantes antes y después de la introducción de la planificación centrada en la persona, para discernir si había costes indirectos asociados con la puesta en práctica del plan, debido a cambios en la composición y coste de la prestación de servicios.</li> </ul>
<b>Tipo de evaluación económica</b>	2. Estudio coste-eficacia
<b>Validez interna del estudio</b>	Pobre
<b>Validez externa del estudio</b>	Buena
<b>Calidad del estudio de evaluación eco-</b>	Aceptable

<b>nómica</b>	
<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	<p>La introducción de la planificación centrada en la persona tuvo un efecto positivo modesto en las experiencias vitales de las personas con discapacidad intelectual.</p> <p>Se asoció con beneficios en las áreas de redes sociales, participación en la comunicad, actividades cotidianas planificadas, contacto con los amigos, contacto con la familia y elección.</p>
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	<p>El coste directo de formación y de apoyo de la introducción de planificación centrada en la persona fue de \$1.202 por participante si se tiene en cuenta a todos los participantes (n=93).</p> <p>El coste asciende a \$1.718 si se calcula con los 65 participantes para los que sí se consiguió un plan.</p> <p>No hay diferencias significativas en los costes totales de servicios antes y después de la planificación centrada en la persona. Pasa de 2.421\$ a 2.476\$, con un crecimiento del 2,2% que no fue significativo.</p> <p>Los costes de atención residencial suponen el 88% del coste total y los atribuidos a centros de día el 10%.</p>
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	
<b>Otros resultados</b>	<p>Hubo tres áreas -riesgos, salud física y necesidades emocionales y conductuales- donde hubo evidencia de cambio en sentido negativo. A juicio de los autores esto se debe a que tras la planificación las personas llevan vidas más ocupadas y variadas y esto puede dar lugar a que surjan problemas en las áreas señaladas, con la asunción de ciertos riesgos por parte de las personas participantes. Los cambios en el estado de salud pueden explicarse por un mejor conocimiento (a través de la planificación centrada en la persona) de las necesidades sanitarias de las personas. Los cambios conductuales y emocionales pueden ser un efecto secundario de una mayor participación en la comunidad (estrés, percepción más clara de la diferencia respecto a los demás, etc.).</p>
<b>Limitaciones del estudio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Duración de dos años, no suficiente para evaluar el impacto a corto y medio plazo de la intervención</li> <li>- Representatividad de los participantes por haber seleccionado las ciudades objeto de estudio al azar</li> <li>- Diseño (variante de diseño de series interrumpidas) no muy robusto.</li> <li>- Tamaño de la muestra muy modesto.</li> <li>- No se evaluó la fiabilidad y validez de la información recogida.</li> </ul>
<b>Conclusiones</b>	<p>Se hallaron cambios positivos modestos en las áreas de redes sociales, contacto con la familia, contacto con amigos, actividades en la comunidad, actividades diarias programadas y elección.</p>
<b>Relación coste-efectividad</b>	<p>La planificación centrada en la persona produjo cambios positivos en áreas importantes como las redes sociales, la participación en la comunidad o la capacidad de elección. También tuvo algunos efectos negativos, algunos de</p>

ellos relacionados con la salud física y mental, que no se esperaban. En cualquier caso, los datos económicos indican que estas mejoras tendrían un coste de unos 1.200 \$ por participante, coste que no se vio compensado por una reducción de la utilización de servicios comunitarios o residenciales. Dado que los beneficios de la intervención se consiguen a un coste mayor que el de la atención habitual, no parece que la planificación centrada en la persona sea coste-efectiva.

<b>ID Estudio</b>	105
<b>Referencia</b>	Beland, F. Et Al. "A System of Integrated Care for Older Persons with Disabilities in Canada: Results From a Randomized Controlled Trial". The Journals of Gerontology, 61a, 4, 2006, pp. 367-373.
<b>País</b>	Canadá
<b>Ámbito geográfico</b>	Local
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Servicios sociosanitarios integrados
<b>Población destinataria</b>	Personas mayores de 64 años con discapacidad moderada que residen en la comunidad
<b>Descripción de la intervención</b>	La intervención analizada es la SIPA ( <i>system of integrated care for older persons</i> ) que consiste en equipos multidisciplinares que responsabilidad clínica completa para proporcionar servicios sanitarios y sociales a las personas con necesidades complejas y realizar la coordinación entre el hospital, las residencias y la comunidad.
<b>Intensidad de la intervención</b>	
<b>Objetivos de la intervención</b>	<p>Reducir el uso de servicios sanitarios</p> <p>Retrasar o evitar la institucionalización</p> <p>Mejorar el estado de salud de las personas usuarias</p> <p>Incrementar el grado de satisfacción de las personas usuarias</p>
<b>Profesionales que intervienen</b>	Equipo multidisciplinar
<b>Intervención con la que se compara</b>	Servicios comunitarios en general
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	<p>Los servicios sociales habituales a domicilio incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Atención de una enfermera,</li> <li>- Rehabilitación</li> <li>- Fisioterapeuta</li> <li>- Servicios sociales y personales</li> </ul> <p>Por un periodo de tiempo y disponibilidad limitadas y esencialmente no son un servicio de gestión de casos.</p>
<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	Se comparó la atención tradicional con un programa de intervención coordinado con personas mayores dependientes. Las variables analizadas fueron la utilización de servicios (el número de horas y días de atención), y los costes públicos de los servicios de atención institucional (hospitalaria y

	<p>residencial) y la atención sanitaria y social comunitaria. Se compararon los costes institucionales y comunitarios y los costes totales.</p> <p>Además, se tomaron medidas del estado de salud, la satisfacción con la atención recibida, los gastos personales (ayudas técnicas, atención doméstica, medicación, transporte) y la carga del cuidador en los primeros 12 meses de intervención.</p> <p>El programa fue evaluado entre junio de 1999 y marzo de 2002.</p> <p>Los cuestionarios fueron completados por los participantes al inicio de la intervención y a los 12 meses. Los cuidadores fueron entrevistados solamente a los 12 meses de haberse iniciado la intervención.</p> <p>Los participantes (N=1309) fueron aleatoriamente asignados al grupo de tratamiento (n= 656) y al grupo control (n= 653). Un porcentaje importante de participantes no completaron la recogida de datos a los 12 meses. En el caso del grupo de tratamiento se perdieron 165 participantes (25,15%) y en el grupo control la pérdida fue de 179 usuarios (27,41%)</p>
<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la intervención</b>	<p>La discapacidad de los usuarios se midió con:</p> <p>Functional autonomy measurement system scale (SMAF) que incluye las actividades de la vida cotidiana, ayuda instrumental para realizarlas, comunicación y capacidad cognitiva.</p>
<b>Tipo de evaluación económica</b>	2. Estudio coste-eficacia
<b>Validez interna del estudio</b>	Satisfactoria
<b>Validez externa del estudio</b>	Buena
<b>Calidad del estudio de evaluación económica</b>	Pobre
<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	<p>El acceso a servicios de atención social y sanitaria en el domicilio aumentó.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La proporción de personas que recibieron atención sanitaria y social domiciliaria fue significativamente mayor que en el grupo de control.</li> <li>- En términos de horas de atención, el número de horas de atención sanitaria a domicilio se incrementó un 64% respecto al grupo de control. No hubo diferencias en cuanto al número de horas de atención social.</li> </ul> <p>Hubo una reducción muy significativa del 50% en el número de retrasos en el alta hospitalaria (personas que ocupan camas de hospital durante más tiempo del necesario por no disponer de un alojamiento alternativo).</p> <p>No hubo diferencias significativas en la utilización y costes de servicios de urgencia, servicios hospitalarios para agudos y estancias en residencias, aunque sí hubo una reducción no significativa del 10% respecto al grupo de control en la utilización de servicios de urgencias.</p> <p>Teniendo en cuenta la totalidad de las personas atendidas, no hubo diferencias significativas en la utilización de servicios residenciales. No obstante, sí se produjo una reducción de servicios residenciales para algunos grupos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- para personas con menos de 4 enfermedades crónicas (el coste de los</li> </ul>

	<p>servicios residenciales fue 9.600 \$ menor que para personas del grupo de control con características similares).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- para personas que vivían solas (el coste de los servicios residenciales fue 14.500 \$ menor que para personas del grupo de control con características similares).</li> </ul>
	No hubo diferencias en estado de salud entre los dos grupos.
	<p>El aumento en satisfacción en los participantes fue insignificante en el grupo de tratamiento a los 12 meses.</p> <p>La satisfacción para los cuidadores fue al año significativamente superior en el grupo intervención en comparación con los cuidadores del grupo control.</p>
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	<p>Los costes comunitarios fueron un 44% más elevados en el grupo de intervención comparado con el grupo de control, mientras que los costes institucionales fueron un 22% menores.</p> <p>En concreto, para todos los participantes, el coste medio por persona de los servicios comunitarios en el grupo de intervención fue de 3.390\$ más que en el grupo de control, lo que quedó compensado por una reducción de 3.770\$ en costes institucionales. Además, no hubo diferencias significativas en los costes totales por persona en los dos grupos (en torno a 36.000 dólares por persona en 22 meses).</p>
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	
<b>Otros resultados</b>	
<b>Limitaciones del estudio</b>	
<b>Conclusiones</b>	
	<p>La intervención evaluada, SIPA, aunque en términos de costes sea neutral, muestra su eficacia en el cambio de configuración en la atención, ya que se reducen las estancias hospitalarias y, para algunos grupos, también los ingresos residenciales, y al mismo tiempo se incrementa la atención comunitaria, sanitaria y social. La intervención parece especialmente exitosa a la hora de reducir el uso de camas hospitalarias como sustituto para la atención residencial (altas retrasadas), y a la hora de retrasar la institucionalización de personas con menos enfermedades crónicas y las que viven solas.</p> <p>La intervención también consigue mayores niveles de satisfacción entre las personas cuidadoras.</p> <p>Los resultados son más significativos para aquellas personas que tienen una discapacidad importante.</p>
<b>Relación coste-efectividad</b>	Se consigue sustituir la atención en instituciones (hospitales y residencias) por atención comunitaria sin un mayor coste para la sociedad.

<b>ID Estudio</b>	107
<b>Referencia</b>	Mason, A. Et Al. "A Systematic Review of the Effectiveness and Cost-Effectiveness of Different Models of Community-Based Respite Care for Frail Older People and Their Carers". 11, Serie: Health Technology Assessment Report, 15, Southampton, NIHR Coordinating Centre for Health Technology Assessment, 2007, pp. 180.
<b>País</b>	
<b>Ámbito geográfico</b>	
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Servicios de respiro
<b>Población destinataria</b>	Personas cuidadoras informales de personas mayores
<b>Descripción de la intervención</b>	Se analizan distintos tipos de servicios de respiro: servicios de día, respiro en el domicilio, respiro en familias de acogida, respiro en centros residenciales, video-respiro y paquetes combinando varios tipos de respiro.
<b>Intensidad de la intervención</b>	
<b>Objetivos de la intervención</b>	Mejorar la calidad de vida
	Mejorar el estado de salud de las personas usuarias
	Reducir la carga de trabajo de las personas cuidadoras
	Reducir el uso de servicios formales
	Retrasar o evitar la institucionalización
<b>Profesionales que intervienen</b>	
<b>Intervención con la que se compara</b>	Atención habitual
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	Dado que se trata de una revisión, se analizan distintos estudios en los que los servicios de respiro se comparan con distintas alternativas. En general esta alternativa es la de ofrecer la "atención habitual" sin especificar más.
<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	Se trata de una revisión de la literatura sobre servicios de respiro publicada en cualquier idioma desde 1980. Tras revisar el contenido y la calidad metodológica de los estudios encontrados se han incluido 22 estudios sobre efectividad y 5 evaluaciones económicas. Todas las evaluaciones económicas detectadas se referían a servicios de día. Los estudios con diseños metodológicos menos robustos se han incluido únicamente para aquellos tipos de respiro para los que no existía mejor evidencia.

<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la intervención</b>	
<b>Tipo de evaluación económica</b>	5. No aplicable
<b>Validez interna del estudio</b>	No aplicable
<b>Validez externa del estudio</b>	No aplicable
<b>Calidad del estudio de evaluación económica</b>	No aplicable
<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	<p>Cuatro estudios analizaron el efecto de los servicios de respiro en la calidad de vida de las personas cuidadoras informales y un estudio analizó el efecto sobre la calidad de vida de las personas mayores.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Uno de los cuatro estudios que analizaron los efectos sobre la calidad de vida de las personas cuidadoras, detectó un efecto negativo, estadísticamente significativo. Se observó que la calidad de vida de las personas cuidadoras de personas mayores con demencia que recibían respiro de forma periódica era significativamente menor que el de aquellas que estaban atendidas en un centro residencial especializado. El resto de los estudios no detectaron efectos significativos.</li> <li>- El estudio que analizó los efectos sobre la calidad de vida de las personas mayores mostró que las que hacían uso de centros de día al menos dos veces por semana mantenían estable su calidad de vida, frente a las que utilizaban solamente servicios domiciliarios, en cuyo caso, la calidad de vida empeoraba a lo largo del estudio (1 año de seguimiento). No obstante, dado que las personas que abandonaron el centro de día (quizá porque les perjudicaba) fueron excluidas del análisis, la validez de estos resultados no está clara.</li> </ul> <p>14 estudios analizaron los efectos de los servicios de respiro sobre la salud física y 14 analizaron la salud mental.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Por lo que respecta a la salud física, sólo un estudio encontró un beneficio significativo, que fue sobre los niveles de estrés químico de las personas cuidadoras informales. Este beneficio se produjo en un subgrupo de personas cuidadoras especialmente vulnerables.</li> </ul> <p>De los 14 estudios que analizaron los efectos sobre la salud mental, 7 no detectaron ningún efecto significativo, 2 resultaron inutilizables y 5 (4 de ellos estudios cuasi-experimentales y 1 experimental) detectaron algún efecto positivo en las siguientes áreas: el estrés (servicios de día frente a ningún servicio), el estado de ánimo (paquete de respiro frente a ningún servicio), la depresión de la persona cuidada (servicios de día frente a servicios domiciliarios), la hostilidad por parte del cuidador/a (servicios de día, frente a ningún servicio), y la depresión y la ira del cuidador/a (servicios de día frente a no servicios de día).</p>

	<p>La carga de las personas cuidadoras se midió en 13 estudios, de los cuales 8 no encontraron diferencias significativas entre las intervenciones evaluadas y 2 presentaron resultados inadecuados. Los restantes 5 estudios encontraron efectos positivos en las siguientes áreas: carga de trabajo subjetiva (paquete de respiro frente a ningún servicio), Carga objetiva (un programa de respiro domiciliario que proporcionaba acompañamiento y paseos frente a la atención habitual), y sobrecarga y tensión (servicios de día frente a no servicios de día). No obstante, los autores de la revisión señalan que los resultados no deben considerarse definitivos debido a los problemas metodológicos de los estudios incluidos.</p> <p>14 estudios analizaron el uso de servicios formales, sanitarios y/o sociales. De estos, la mitad no dieron los resultados de forma adecuada. Los restantes siete estudios, no encontraron resultados significativos, o bien encontraron resultados ligeramente negativos.</p> <p>No se han encontrado diferencias significativas entre los servicios de respiro evaluados y la atención habitual a la hora de retrasar o evitar la institucionalización.</p>
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	
<b>Otros resultados</b>	
<b>Limitaciones del estudio</b>	
<b>Conclusiones</b>	
<b>Relación coste-efectividad</b>	<p>Los estudios analizados indican que los servicios de respiro generalmente tienen un efecto mínimo a la hora de reducir la sobrecarga de trabajo de las personas cuidadoras, o de mejorar su salud física y mental.</p> <p>No obstante, las personas usuarias y sus cuidadores muestran elevados niveles de satisfacción con el servicio.</p> <p>Existen muy pocos estudios sobre la relación coste-efectividad de los servicios de respiro. Los cinco estudios de coste-efectividad detectados han analizado los servicios de día. De acuerdo con estos estudios, el servicio resulta tanto o más costoso que los cuidados habituales con los que se compara.</p> <p>Dado que los beneficios no parecen ser muy buenos y el coste resulta mayor que el de los cuidados habituales no se puede concluir que la provisión de atención diurna como servicio de respiro sea coste-efectiva. No obstante, hay que tener en cuenta que se han podido detectar muy pocos estudios y que la mayoría tienen problemas metodológicos, por lo que debe considerarse que no existe suficiente evidencia en uno u otro sentido.</p>

<b>ID Estudio</b>	109
<b>Referencia</b>	Stancliffe, R.J. Lakin, C. "Costs and Outcomes of Community Services for Persons with Intellectual and Developmental Disabilities". Policy Research Brief, 15, 1, 2004, pp. 12.
<b>País</b>	
<b>Ámbito geográfico</b>	
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Fórmulas de alojamiento en la comunidad
<b>Población destinataria</b>	Personas con discapacidad intelectual o retraso mental y discapacidad en el desarrollo.
<b>Descripción de la intervención</b>	
<b>Intensidad de la intervención</b>	
<b>Objetivos de la intervención</b>	Mejorar la calidad de vida
<b>Profesionales que intervienen</b>	
<b>Intervención con la que se compara</b>	Atención residencial
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	
<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	<p>Se trata de una revisión de la literatura que analiza los costes de financiación y los beneficios de los servicios comunitarios y en especial de las fórmulas de alojamiento en comunidad para personas con discapacidad intelectual. Entre 1967 y 2002 ha habido un 80,5% de reducción en el número de personas con discapacidad intelectual que vivían en grandes instituciones que han pasado a residir en fórmulas de alojamiento en la comunidad. Se revisaron unos 80 estudios de EE.UU publicados a partir de 1980 y un pequeño número de estudios del Reino Unido y Australia.</p> <p>Los temas analizados en la revisión de la literatura son: (1) los costes y resultados/beneficios de diferentes tipos de servicios residenciales, (2) la relación entre el nivel de financiación y las necesidades de apoyo de los usuarios de los servicios, (3) las ayudas económicas individuales (4) el apoyo familiar, y (5) las economías de escala.</p>
<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la intervención</b>	
<b>Tipo de evaluación económica</b>	2. Estudio coste-eficacia

<b>Validez interna del estudio</b>	No aplicable
<b>Validez externa del estudio</b>	No aplicable
<b>Calidad del estudio de evaluación económica</b>	No aplicable
<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	<p>Varios estudios muestran que las fórmulas de alojamiento en comunidad frente a las residencias (de 15 o menos usuarios) muestran mejoras en auto-determinación, integración, calidad de vida, conducta desafiante y adaptativa.</p> <p>Si se comparan los hogares de grupo con las viviendas semi-independientes la revisión muestra mejores resultados para las últimas. Además, los costes de servicio son menores para las viviendas semi-independientes ya que cuentan con menos personal que las residencias y que los hogares de grupo.</p>
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	
<b>Otros resultados</b>	
<b>Limitaciones del estudio</b>	
<b>Conclusiones</b>	<p>Los resultados muestran que los servicios más individualizados, como las fórmulas de alojamiento semi-independiente y con apoyo son más coste-efectivas que los servicios de alojamiento tradicionales.</p> <p>Este trabajo también revisa a grandes rasgos la implantación de la prestación económica individual para este colectivo y los buenos resultados de este tipo de intervención: mejora calidad de vida, menos conducta desafiante, más control y libertad, etc.</p> <p>Los datos de estudios que revisan la economía de escala (proceso mediante el cual los costes unitarios de producción disminuyen al aumentar la cantidad de unidades producidas) indican que ésta no tiene influencia en muchos servicios de alojamiento residencial y solamente tiene influencia en pequeñas unidades con personal remunerado con carácter continuo.</p>
<b>Relación coste-efectividad</b>	<p>Los autores concluyen que se pueden poner en marcha apoyos más individualizados sin necesariamente incrementar el coste medio por persona. Sin embargo, es poco probable que esto se consiga en residencias cada vez más pequeñas con personal a tiempo completo.</p>

<b>ID Estudio</b>	110
<b>Referencia</b>	Melis, R.J.F. et al. "Cost-effectiveness of a multidisciplinary intervention model for community-dwelling frail older people". <i>The Journals of Gerontology</i> , vol. 63A, n° 3, 2008, pp. 275-282.
<b>País</b>	Holanda
<b>Ámbito geográfico</b>	
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Visitas domiciliarias preventivas
	Valoración de necesidades
<b>Población destinataria</b>	Personas mayores dependientes que residen en su propio domicilio o en viviendas para personas mayores.
	Personas mayores dependientes que reciben atención comunitaria a domicilio, bien asistencia sanitaria bien visitas preventivas. Por personas mayores dependientes el estudio entiende a personas mayores de 70 años que tienen alguna limitación cognitiva, psicológica o funcional (actividades vida diaria).
<b>Descripción de la intervención</b>	<p>Se evalúa el coste efectividad del Dutch Geriatric Intervention Program (DGIP) en comparación a la atención sanitaria ordinaria que reciben las personas mayores.</p> <p>Durante un máximo de 3 meses, una enfermera geriátrica visitó en seis ocasiones a personas mayores del grupo de intervención. En estas visitas, se realizó a los pacientes una evaluación y planificación geriátrica complementaria.</p> <p>La enfermera geriátrica, el médico geriatra y el de cabecera tuvieron diversas reuniones para comentar casos individuales.</p> <p>Se evalúa el coste efectividad del Dutch Geriatric Intervention Program (DGIP) en comparación con la atención sanitaria ordinaria que reciben las personas mayores.</p> <p>En el marco del programa, se realizan evaluaciones y planificaciones geriátricas a domicilio.</p>
<b>Intensidad de la intervención</b>	Mínimo de seis visitas en un máximo de tres meses.
<b>Objetivos de la intervención</b>	Mejorar o mantener la capacidad funcional
	Reducir el uso de servicios hospitalarios
<b>Profesionales que intervienen</b>	Enfermera
<b>Intervención con la que se compara</b>	Servicios comunitarios en general

<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	Atención social y sanitaria habitual. La atención sanitaria ordinaria. Al no existir un servicio equivalente al DGIP con el que comparar, simplemente se hace referencia a la atención ordinaria recibida desde el sistema sanitario, sin establecer límites en dicha atención.
<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	Ensayo controlado aleatorio llevado a cabo entre un grupo de personas mayores dependientes que reciben atención comunitaria sanitaria a domicilio, bien atención o bien visitas preventivas (n=85) y un grupo de control (66) que reciben atención sanitaria habitual.
<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la intervención</b>	La diferencia en los efectos del tratamiento (entendida como prevención de deterioro funcional y mejora del bienestar), se recoge mediante entrevistas a los usuarios. Estas entrevistas se repitieron a los 6 meses. Para la medición de las Actividades de la Vida diaria se emplea el Groningen Activity Restriction Scale y para el bienestar se emplea la subescala de salud mental del Medical Outcomes Study Short Form. El incremento en los costes de tratamiento se ha calculado en base a la diferencia en la media del total de los costes de atención. El incremento en el ratio de coste eficacia se ha expresado como el coste total por tratamiento exitoso. Se emplearon métodos Bootstrap para determinar los intervalos de confianza de estos valores.
<b>Tipo de evaluación económica</b>	2. Estudio coste-eficacia
<b>Validez interna del estudio</b>	Buena
<b>Validez externa del estudio</b>	Buena
<b>Calidad del estudio de evaluación económica</b>	Buena
<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	34 de los pacientes (22.5 %) presentaron una mejora de su estado de salud y un efecto preventivo en el avance de la dependencia. De estos 34 usuarios, 27 recibieron el servicio DGIP y 7 eran del grupo de control. Es decir, el 31,8% del grupo de intervención presentó una mejoría, frente al 10,6% del grupo de control. Esta diferencia fue estadísticamente significativa.  Los costes de hospitalización e institucionalización se redujeron en el grupo receptor del DGIP, aunque subieron los gastos de asistencia domiciliaria y centros de día entre los usuarios de este grupo.
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	9.713-10.205 euros.
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	8.952-9.757 euros.

<b>Otros resultados</b>	
<b>Limitaciones del estudio</b>	
<b>Conclusiones</b>	
<b>Relación coste-efectividad</b>	Por término medio, la intervención evaluada presenta un coste ligeramente superior a la intervención habitual (750 euros). No obstante, la intervención resulta coste efectiva para una parte de las personas usuarias (los intervalos de coste de los dos grupos se solapan). La ratio coste efectividad incremental fue de 3.418 euros por intervención exitosa. Si se toma una disposición social a pagar de 34.000 euros o más por una intervención exitosa, la intervención evaluada tiene un 95% de probabilidades de resultar coste-efectiva.

<b>ID Estudio</b>	114
<b>Referencia</b>	Kaambwa, B. Et Al. "Costs and Health Outcomes of Intermediate Care: Results from Five UK Case Study Sites". <i>Health and Social Care in the Community</i> , 16, 6, 2008, pp. 573-581.
<b>País</b>	Reino Unido
<b>Ámbito geográfico</b>	Regional
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Coordinación servicios socio-sanitarios
<b>Población destinataria</b>	<p>Personas mayores que son dadas de alta en el hospital y necesitan ayuda para regresar al centro residencial o a su domicilio.</p> <p>La población objeto de estudio en caso de que no recibieran este tipo de servicios necesitarían estar más tiempo en el hospital o un ingreso (no adecuado) residencial de larga estancia, etc.</p>
<b>Descripción de la intervención</b>	<p>Se trata de servicios domiciliarios o residenciales que tienen por objetivo evitar que personas en situación de riesgo de requerir un ingreso hospitalario, tengan que ser admitidas en el hospital (admission avoidance).</p> <p>Se analizan los servicios de atención intermedia como experiencia de atención sociosanitaria coordinada.</p>
<b>Intensidad de la intervención</b>	
<b>Objetivos de la intervención</b>	Mejorar el estado de salud de las personas usuarias
<b>Profesionales que intervienen</b>	
<b>Intervención con la que se compara</b>	Coordinación servicios socio-sanitarios
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	Se trata de servicios de atención intermedia que tienen por objetivo facilitar el alta hospitalaria de personas que precisan ayuda para regresar a sus domicilios (supported discharge).
<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	<p>El estudio compara los resultados y el coste de dos tipos de atención intermedia: servicios dirigidos a prevenir altas hospitalarias y servicios para facilitar el alta. No se trata de una evaluación económica propiamente dicha, puesto que no compara los servicios intermedios con una alternativa viable. Se seleccionan áreas con servicios intermedios que lleven al menos 2 o 3 años en funcionamiento, en las que estén representadas tanto áreas rurales como urbanas y que cuenten con el apoyo de la dirección para participar en este proyecto de evaluación.</p> <p>Es un estudio de caos en el que se seleccionaron cinco áreas de estudio y se</p>

	<p>analizaron 2.253 episodios de atención intermedia. Se recogieron datos sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Servicios disponibles</li> <li>- Características de las personas usuarias (edad, género, modos de vida, salud)</li> <li>- Descriptores del tipo de servicio (prevención del ingreso o facilitación del alta, residencial o comunitario)</li> <li>- Aspectos del servicio implementado (duración,...)</li> <li>- Fuente de la derivación (atención primaria, secundaria o servicios sociales)</li> <li>- Servicios de apoyo prestados</li> </ul>
<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la intervención</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- EuroQol EQ-5D</li> <li>- Barthel Index</li> </ul>
<b>Tipo de evaluación económica</b>	9. No es una evaluación económica completa
<b>Validez interna del estudio</b>	Pobre
<b>Validez externa del estudio</b>	Buena
<b>Calidad del estudio de evaluación económica</b>	Aceptable
<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	<p>En general ambos tipos de atención intermedia estuvieron asociados con resultados positivos en términos de mejora de la capacidad funcional y del estado de salud, tal y como lo demuestran las puntuaciones en las escalas EQ-5D y Barthel.</p> <p>No obstante, los resultados fueron mejores en los servicios dirigidos a prevenir los ingresos. En estos casos, la más notable mejoría en comparación con las personas atendidas en los servicios de facilitación del alta, fue debida tanto al mayor potencial de mejora de las personas atendidas en estos tipos de servicio, como a la propia configuración del servicio. Es decir, más allá de estado de salud inicial, parece que los servicios de prevención del alta obtienen mejores resultados en términos de autonomía funcional y salud.</p>
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	El coste medio de las intervenciones de prevención de altas hospitalarias es de 980 libras esterlinas.
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	El coste medio de las intervenciones de facilitación del alta es de 1.581 libras esterlinas.
<b>Otros resultados</b>	Los datos muestran que un porcentaje importante de usuarios (47%) ha sido derivado a este tipo de servicios de manera errónea ya que no cumplen los criterios de inclusión señalados por el departamento de salud.

<b>Limitaciones del estudio</b>	
<b>Conclusiones</b>	
<b>Relación coste-efectividad</b>	<p>El estudio no permite extraer conclusiones sobre la relación coste-efectividad de la atención intermedia, puesto que no se compara con una alternativa a este servicio.</p> <p>Respecto a las diferencias entre tipos de atención intermedia, parece que los servicios de prevención del ingreso en hospitales obtienen mejores resultados que los de facilitación del alta en términos de capacidad funcional y estado de salud de las personas usuarias. Además los resultados se obtienen a un menor coste. En este sentido, puede decirse que los servicios de prevención del ingreso son más coste-efectivos que los de facilitación del alta a la hora de reducir la utilización de servicios hospitalarios. En cualquier caso, al no tratarse de alternativas excluyentes, ambos servicios pueden resultar necesarios.</p>

<b>ID Estudio</b>	117
<b>Referencia</b>	Sahlen, K.G. Et Al. "Preventive Home Visits to Older People Are Cost-Effective". Scandinavian Journal of Public Health, 36, 3, 2008, pp. 265-271.
<b>País</b>	Suecia
<b>Ámbito geográfico</b>	Local
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Autocuidado
<b>Población destinataria</b>	Personas mayores de 75 o más años que viven en sus domicilios.
<b>Descripción de la intervención</b>	La intervención consiste en 4 visitas a domicilio a personas de 75 o más años con el objeto de promover que se adquiera o mantenga un estilo de vida saludable y se preserve la habilidad funcional en lo máximo posible. El foco de la intervención son la actividad física, la prevención de caídas, la dieta y los problemas típicos de las personas muy mayores. También se informa a los usuarios de los recursos de atención para personas mayores, de los recursos sanitarios de atención primaria y de actividades sociales, así como de las cuotas asociadas a dichas actividades.
<b>Intensidad de la intervención</b>	
<b>Objetivos de la intervención</b>	Mejorar la calidad de vida
<b>Profesionales que intervienen</b>	
<b>Intervención con la que se compara</b>	Ninguna intervención
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	
<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	Ensayo controlado aleatorio. Se ofreció participar a 595 personas mayores de 75 años que vivían en sus domicilios de manera independiente y no recibían ayuda domiciliaria ni atención médica por parte de enfermera a domicilio. Un total de 195 personas fueron asignadas al grupo de tratamiento y 346 formaron parte del grupo de control.
<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la intervención</b>	EuroQol 5 dimensions (EQ 5D)
<b>Tipo de evaluación económica</b>	3. Estudio coste-utilidad

<b>Validez interna del estudio</b>	Buena
<b>Validez externa del estudio</b>	Buena
<b>Calidad del estudio de evaluación económica</b>	Aceptable
<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	La mortalidad desciende en el período de intervención. El número estimado de muertes que fueron “prevenidas” en el grupo de tratamiento fue de 11 de 196.
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	Se llevó un estudio sobre cuál sería el coste y el ahorro en diferentes momentos -a corto, medio, y largo plazo- durante el período 2000-2010. Desde una perspectiva de la sociedad, si se extrapolan las diferencias de coste observadas entre el grupo de intervención y el grupo de control durante los 4 años de seguimiento al año 2010, se consigue un ahorro significativo de 213.000 euros para el conjunto de las personas usuarias. Sin embargo, cuando se incluyen los costes futuros estimados en salud y servicios sociales durante los años de calidad de vida ganados gracias a la intervención, el resultado varía y pasa de ser de un ahorro neto a un coste de 900.000€. Con estos datos, se estima que el coste de cada año de vida en calidad ganado sería de 14.200€, teniendo en cuenta los costes de la atención social y sanitaria que sería necesaria durante estos años de vida ganados. Este coste queda por debajo de la disposición social a pagar por un año de vida ganado (50.000 € en Suecia y unos 30.000 en España).
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	
<b>Otros resultados</b>	
<b>Limitaciones del estudio</b>	La pasación del cuestionario EQ-5D no estaba prevista desde el inicio y se envió a los usuarios a los 3 meses de que el programa finalizara. Hubo 46 personas que decidieron no formar parte del estudio.
<b>Conclusiones</b>	
<b>Relación coste-efectividad</b>	Si se considera únicamente el coste de la atención social y sanitaria utilizada durante los 4 años de seguimiento de las personas que participaron en la investigación se obtiene un ahorro económico considerable, además de una mejora del estado de salud de las personas. Si se consideran los gastos sanitarios y sociales adicionales que generan los años de vida ganados gracias a la intervención se calcula un coste de unos 14.000 € por año de vida ganado, coste que resulta muy inferior al que comúnmente se considera el umbral de la disposición social a pagar por un año de vida ganado.

<b>ID Estudio</b>	119
<b>Referencia</b>	Stainton, T. Et Al. "Independence Pays: a Cost and Resource Analysis of Direct Payments in Two Local Authorities". <i>Disability and Society</i> , 24, 2, 2009, pp. 161-172.
<b>País</b>	Reino Unido
<b>Ámbito geográfico</b>	Local
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Asignación económica individual
<b>Población destinataria</b>	<p>Se interviene con personas con discapacidad que viven en su domicilio y que precisan ayuda para llevar a cabo una vida independiente. La mayoría tienen una discapacidad física, y son menores de 65 años.</p> <p>El estudio solamente proporciona la edad y el sexo de los participantes. No hay datos sobre el tipo de discapacidad y sobre el grado de dependencia.</p>
<b>Descripción de la intervención</b>	<p>Se trata de una intervención que proporciona servicios de información y asesoramiento sobre la asignación económica individual y sobre cómo contratar a un asistente personal. También se proporciona formación y asesoramiento sobre cómo convertirse en empleador y un servicio para realizar las nóminas.</p> <p>Se trata de un programa de vida independiente. Además de proporcionar la asignación económica individual la intervención está dirigida a ayudar a las personas con dependencia a administrar la asignación económica individual y a contratar los servicios de un asistente personal.</p>
<b>Intensidad de la intervención</b>	
<b>Objetivos de la intervención</b>	<p>Incrementar la autodeterminación o autocontrol de las personas usuarias</p> <p>Incrementar el grado de satisfacción de las personas usuarias</p>
<b>Profesionales que intervienen</b>	Equipo multidisciplinar
<b>Intervención con la que se compara</b>	Atención habitual
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	El estudio no proporciona información detallada de los servicios públicos ("en especie") que se ofrecen habitualmente a las personas con discapacidad.
<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	Los participantes en el estudio (N=25) fueron seleccionados por ser usuarios del programa de vida independiente. La mayoría (N=23) eran perceptores de la asignación económica individual, uno de ellos recibía solamente

	<p>servicios de asesoramiento y otro recibía la financiación de fondos privados. Se recogió información sobre sus características sociodemográficas y la utilización de recursos a través de cuestionarios que autocompletaron los propios participantes. A continuación se realizaron entrevistas en profundidad a todos participantes en el estudio.</p> <p>Se recogió información de los profesionales que proporcionan el servicio a través de cuestionarios. Se entrevistó a 4 trabajadores sociales que tenían clientes perceptores de la asignación económica individual.</p>
<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la intervención</b>	No se proporciona información descriptiva sobre los cuestionarios y guiones de entrevista utilizados.
<b>Tipo de evaluación económica</b>	1. Estudio de minimización de costes
<b>Validez interna del estudio</b>	Pobre
<b>Validez externa del estudio</b>	Pobre
<b>Calidad del estudio de evaluación económica</b>	Pobre
<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	<p>Otros estudios (Glasby &amp; Littlechild, 2002, Stainton &amp; Boice, 2001, 2004) muestran que la asignación económica individual aumenta la satisfacción de las personas usuarias.</p> <p>Otros estudios (Glasby &amp; Littlechild, 2002, Stainton &amp; Boice, 2001, 2004) muestran que la asignación económica individual aumenta la independencia y el control de las personas usuarias.</p>
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	<p>El coste medio del programa de ayudas económicas individuales (calculado en a partir del coste total y el número medio de personas atendidas) es de 1.425 libras esterlinas por año y persona atendida.</p> <p>A partir del análisis de 5 casos reales, los autores concluyen que las ayudas económicas individuales son menos costosas que la provisión de servicios públicos de gestión directa y neutral con respecto a las tarifas medias aplicadas en los servicios gestionados por el tercer sector.</p>
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	
<b>Otros resultados</b>	
<b>Limitaciones del estudio</b>	
<b>Conclusiones</b>	Solamente se proporcionan datos de los costes de la provisión de servicios (asignación económica individual o servicios públicos) en cuatro casos concretos.

<b>Relación coste-efectividad</b>	El estudio, por su falta de calidad metodológica, no presenta datos suficientes sobre la relación coste-efectividad del programa, aunque los datos recabados sugieren que la intervención puede resultar coste-efectiva en comparación con los servicios habituales para personas con discapacidad.

<b>ID Estudio</b>	123
<b>Referencia</b>	Baumker, T. Et Al. "Costs and Outcomes of An Extra-Care Housing Scheme in Bradford". York, Joseph Rowntree Foundation, 2008, pp. 47.
<b>País</b>	Reino Unido
<b>Ámbito geográfico</b>	Local
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Fórmulas de alojamiento en la comunidad
<b>Población destinataria</b>	Personas mayores con cierto grado de dependencia que necesitan ayuda para realizar algún tipo de actividad de la vida cotidiana (cocinar, vestirse, salir del centro, realizar las tareas domésticas-lavarse, comer, hacer la compra, cocinar...-, etc.)
<b>Descripción de la intervención</b>	Son alojamientos con apoyo intensivo (extracare housing). Se evalúa un centro específico que cuenta con 46 apartamentos, de uno (20) o dos dormitorios (26), y con provisión de atención a los residentes. El centro cuenta con numerosos servicios como actividades programadas, sala de ordenadores, lavandería, peluquería, sala de fisioterapia/salud y un café-restaurante. Los usuarios pueden prepararse la comida en sus apartamentos o adquirir la comida en el café-restaurante, que abre a diario para las comidas y las cenas.
<b>Intensidad de la intervención</b>	Se trata de un centro que ofrece atención 24/días y 7 días/semana. La intensidad de la atención provista a los usuarios depende del grado de dependencia que presente y puede ser: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Baja: 5 o más horas de atención semanales o dos visitas diarias.</li> <li>- Media: 10 o más horas de atención semanales o tres visitas diarias.</li> <li>- Alta: 20 o más horas de atención semanales o cuatro o más visitas diarias.</li> </ul>
<b>Objetivos de la intervención</b>	Mejorar o mantener la capacidad funcional Mejorar la calidad de vida Incrementar el grado de satisfacción de las personas usuarias
<b>Profesionales que intervienen</b>	Equipo multidisciplinar
<b>Intervención con la que se compara</b>	Ninguna intervención
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	
<b>Descripción de la metodología del</b>	Es un estudio pre-post sin grupo control. El estudio busca conocer los costes de la atención y las características de los

<b>estudio</b>	<p>usuarios antes de ingresar en este tipo de alojamiento y a los 6 meses de su ingreso. En relación con los costes, se persigue conocer el coste de oportunidad para la sociedad de este tipo de alojamientos. El estudio también busca evaluar la metodología de recogida de datos para llevar a cabo más adelante un estudio de mayor envergadura.</p> <p>Se solicitó la participación de todos los usuarios del centro (N=52) y decidieron participar 40 usuarios (77%)</p> <p>A los seis meses, solamente 22 usuarios (55%) de esos 40 proporcionan información.</p> <p>Se utilizaron cuestionarios y entrevistas personales para recoger información sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Características demográficas: edad, sexo, etnia.</li> <li>- Circunstancias previas de alojamiento: en una vivienda privada (composición de la familia, propiedad de la vivienda...), en una vivienda asistida, o un centro residencial.</li> <li>- Funcionamiento físico y cognitivo: habilidad para llevar a cabo actividades de la vida cotidiana, necesidad de ayuda, tareas domésticas etc.</li> </ul>
<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la intervención</b>	<p>Para medir el funcionamiento físico y cognitivo se utilizaron:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Barthel Index</li> <li>- Minimum data set cognitive performance scale</li> </ul> <p>También se utilizó:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- CASP-19 para medir el bienestar psicológico</li> <li>- Se utilizó el ASCOT score (Adult Social care outcome toolkit) para medir el nivel de satisfacción de necesidades.</li> </ul> <p>Para medir la salud autopercebida no se utilizó cuestionario estandarizado sino que los participantes contestaron a una pregunta en la entrevista.</p>
<b>Tipo de evaluación económica</b>	2. Estudio coste-eficacia
<b>Validez interna del estudio</b>	Pobre
<b>Validez externa del estudio</b>	Limitada
<b>Calidad del estudio de evaluación económica</b>	Buena
<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	<p>No hay diferencias significativas en la capacidad funcional a los 6 meses. No hubo cambio real, solamente una persona indicó pasar de una dependencia baja a una moderada.</p> <p>En cuanto al funcionamiento cognitivo, 3 personas indicaron alguna mejoría.</p> <p>Tampoco se apreció ninguna mejora en la propia percepción de la salud en los seis meses posteriores al cambio de residencia.</p> <p>A los seis meses de cambiar de alojamiento, la percepción de las personas usuarias sobre su calidad de vida mejoró significativamente. La proporción de quienes la valoraron como buena o muy buena pasó del 22,7% en sus anteriores alojamientos, al 68,2% en el alojamiento con apoyo intensivo.</p>

	<p>La satisfacción de las personas usuarias con la atención recibida mejoró notablemente en todos los aspectos evaluados: el 95,5% de las personas usuarias afirmaron no tener necesidades no cubiertas en cuanto a su atención personal/ confort; el 63,3% dijo tener cubiertas todas sus necesidades de participación social; el 95,5% estaba satisfecho con el control que ejercían sobre su día a día, el 90,9% estaba satisfecho con las comidas; el 77,3% con el nivel de seguridad; el 86,4% con la limpieza y confort de los apartamentos y el 72,7% con las actividades propuestas.</p>
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	<p>El coste medio por persona usuaria de la atención formal prestada (social, sanitaria, de alojamiento, etc.) fue de 470 libras esterlinas semanales. Incluyendo el coste del apoyo informal, el coste total se puede estimar en 490 libras esterlinas semanales.</p>
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	<p>El coste medio por persona usuaria de la atención (social, sanitaria, de alojamiento, etc.) que recibían las personas usuarias antes de mudarse al nuevo alojamiento con apoyo intensivo era de 380 libras esterlinas semanales. Incluyendo el coste del apoyo informal que recibían, el coste total se puede estimar en 430 libras esterlinas semanales.</p>
<b>Otros resultados</b>	
<b>Limitaciones del estudio</b>	<p>Las limitaciones del estudio son:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Se evalúa solamente un centro.</li><li>- Las personas que no facilitan datos en el seguimiento, a los 6 meses, presentan mayor discapacidad que los que sí participan en la 2ª recogida de datos.</li><li>- El tamaño de la muestra es pequeño.</li></ul>
<b>Conclusiones</b>	<p>Los costes generales por persona son mayores a raíz del ingreso en el centro a la par que mejora la atención social que reciben los usuarios y se mejora la calidad de vida de los mismos.</p> <p>Sin embargo, los costes sanitarios a raíz del ingreso disminuyen. En este sentido, se indica que aunque más residentes hacen uso de los servicios sanitarios, se reduce la intensidad en las consultas de enfermería y visitas al hospital con lo que los costes sanitarios generales disminuyen.</p> <p>Los costes atribuidos a los cuidadores informales también son menores a los 6 meses del ingreso en el centro.</p> <p>Los costes asociados a vivir en este centro (atención sanitaria, atención social, alojamiento y gastos diarios) son mayores que los que se tienen en el domicilio o en centros residenciales convencionales.</p> <p>No obstante, se obtienen mejoras significativas en la calidad de vida de las personas usuarias y también en su grado de satisfacción con la atención recibida. Asimismo, se consigue reducir la utilización de servicios sanitarios y de apoyo informal.</p>
<b>Relación coste-efectividad</b>	<p>El tipo de alojamiento estudiado, a pesar de resultar efectivo a la hora de mejorar la calidad de vida y el grado de satisfacción de las personas usuarias</p>

de acuerdo con su propia percepción, y a pesar de reducir el uso de servicios sanitarios y la necesidad de apoyo informal, resulta más costosa que la atención habitual, por lo que, en principio, no puede decirse que sea coste-efectiva.

<b>ID Estudio</b>	124
<b>Referencia</b>	Counsell, S.R. Et Al. "Cost Analysis of the Geriatric Resources for Assessment and Care of Elders Care Management Intervention". Journal of the American Geriatrics Society, 57, 8, 2009, pp. 1420-1426.
<b>País</b>	Estados Unidos
<b>Ámbito geográfico</b>	Local
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Gestión de casos
<b>Población destinataria</b>	Personas mayores de 65 años con unos ingresos inferiores al 200% del nivel federal de pobreza.
<b>Descripción de la intervención</b>	<p>La intervención evaluada (geriatric resources for assessment and care of elders, GRACE) la lleva a cabo una enfermera experimentada (advanced practice nurse) y un trabajador social en colaboración con el médico de atención primaria y un equipo geriátrico interdisciplinar. Esta intervención comprende:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluación geriátrica exhaustiva en el domicilio</li> <li>- Elaboración de un plan de atención individualizado por un equipo multidisciplinar: geriatra, farmacéutico, terapeuta física, trabajador social de salud mental, y otros profesionales de la red.</li> <li>- Activación de protocolos y recomendaciones,</li> <li>- Revisión del plan de atención con servicios en red</li> <li>- Reuniones de supervisión semanales del plan</li> <li>- Coordinación y control de la atención proporcionada a través de un registro médico electrónico y un sistema de seguimiento online.</li> </ul>
<b>Intensidad de la intervención</b>	
<b>Objetivos de la intervención</b>	<p>Mejorar la calidad de vida</p> <p>Reducir el uso de servicios formales</p>
<b>Profesionales que intervienen</b>	Equipo multidisciplinar
<b>Intervención con la que se compara</b>	Atención habitual
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	
<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	Como paso previo a este estudio se llevó a cabo otro que analiza la eficacia de la intervención geriatric resources for assessment and care of elders (GRACE). En esta ocasión se llevó a cabo un estudio de costes con 951 personas mayores de 65 años, de las que 474 fueron el grupo tratamiento y 477 recibieron la atención habitual y conformaron el grupo control.

	Se estudiaron los costes médicos: los costes de atención de agudos y los costes de crónicos y de prevención.
<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la intervención</b>	Regenstrief medical record system (RMRS) para conocer el coste de la atención.
<b>Tipo de evaluación económica</b>	98. Estudio de costes
<b>Validez interna del estudio</b>	Satisfactoria
<b>Validez externa del estudio</b>	Buena
<b>Calidad del estudio de evaluación económica</b>	Buena
<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	<p>El estudio previo realizado para analizar la efectividad del programa concluyó que las personas usuarias de este servicio reciben una atención de mejor calidad que los que reciben los servicios tradicionales. Además, las personas usuarias manifestaron mejoras significativas en la calidad de vida asociada a la salud.</p> <p>En el estudio previo de evaluación de la efectividad se redujo el uso de servicios sanitarios para agudos entre las personas usuarias del programa: se produjeron menos visitas a los servicios de urgencias que entre aquellos que recibían la atención habitual en un período de dos años, y las admisiones en hospitales fueron significativamente menos en el segundo año de intervención en el grupo identificado como de alto riesgo de repetir una hospitalización.</p> <p>La utilización de los servicios sanitarios para enfermos crónicos (geriatriá, salud mental, atención primaria, etc.) y los servicios de carácter preventivo, por el contrario, se vio incrementada en el grupo de intervención.</p>
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	<p>El coste directo estimado de la intervención fue de \$1.260 por paciente por año o de \$105 por paciente por mes.</p> <p>El coste fue mayor en el grupo de intervención, pero las diferencias no fueron estadísticamente significativas.</p> <p>Los coste totales por paciente en la muestra completa fueron similares en ambos grupos, pero los usuarios del grupo de tratamiento que presentaban un bajo riesgo de hospitalización tuvieron significativamente más costes por año que los del grupo de control. Sin embargo, los usuarios de alto riesgo del grupo de tratamiento tuvieron unos costes significativamente menores que los del grupo de control.</p>
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	

<b>Otros resultados</b>	
<b>Limitaciones del estudio</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Posibles falsos positivos por las múltiples comparaciones hechas</li><li>- Algunos costes (de implementación, en equipos médicos y medicamentos, etc.) no fueron incluidos.</li></ul>
<b>Conclusiones</b>	La intervención evaluada proporciona mejor calidad a un coste similar cuando se proporciona a personas que presentan un alto riesgo de ser hospitalizadas. Para aquellas personas con un riesgo bajo de ser hospitalizadas, el coste aumenta considerablemente.
<b>Relación coste-efectividad</b>	La intervención resultó coste efectiva para las personas mayores con un elevado riesgo de hospitalización. A estas personas se les pudo proporcionar una mayor calidad de vida a un coste igual que el de la atención habitual. Parte de esta mejora de la calidad de vida implica gastar menos recursos en servicios de urgencia y pasarlos a servicios de carácter más preventivo o a servicios para enfermos crónicos. No obstante, hay que tener en cuenta que el estudio solo adopta la perspectiva del sistema de salud, por lo que no se conoce si hay transferencia de costes a otros servicios, como los servicios sociales, que prestan cuidados de larga duración.

<b>ID Estudio</b>	125
<b>Referencia</b>	Hektoen, L.F. Et Al. "Cost-Effectiveness in Fall Prevention for Older Women". Scandinavian Journal of Public Health, 37, 6, 2009, pp. 584-589.
<b>País</b>	Noruega
<b>Ámbito geográfico</b>	Local
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Prevención de caídas
<b>Población destinataria</b>	Mujeres de 80 o más años que viven en sus domicilios y están en riesgo de sufrir una caída.
<b>Descripción de la intervención</b>	
<b>Intensidad de la intervención</b>	
<b>Objetivos de la intervención</b>	Reducir el uso de servicios sanitarios
<b>Profesionales que intervienen</b>	
<b>Intervención con la que se compara</b>	Ninguna intervención
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	
<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	<p>Es un estudio exploratorio en que en base a la estimación del coste y la estimación de la reducción en el número de caídas obtenidas gracias a la intervención de un programa de prevención de caídas se calculan los costes incrementales y los efectos incrementales de un programa de ejercicio en comparación con no llevar a cabo ninguna intervención.</p> <p>El cálculo de la media de los costes de atención sanitaria se realiza en base a la distribución de caídas señalada en la literatura, a cuatro historias de casos representativos, a los supuestos de provisión de atención sanitaria asociados al tratamiento de casos específicos y a la estimación de costes unitarios en Noruega.</p> <p>Para estudiar la eficacia y los costes de un programa de prevención de caídas se utilizaron los datos de un programa neozelandés coste-efectivo y que reduce las caídas de las personas mayores en un 40% (ver documento 237). Se calcularon los costes medios de atención sanitaria por caída por año.</p>
<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la intervención</b>	

<b>Tipo de evaluación económica</b>	2. Estudio coste-eficacia
<b>Validez interna del estudio</b>	Pobre
<b>Validez externa del estudio</b>	Buena
<b>Calidad del estudio de evaluación económica</b>	Aceptable
<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	<p>Los resultados indican que la reducción en costes de atención sanitaria por individuo por el tratamiento de heridas/traumatismos provocados por las caídas es 1.85 veces mayor que el coste de la puesta en marcha de un programa de prevención de caídas.</p> <p>Se estima que el coste de atención sanitaria de los daños producidos por una caída asciende a 11.254 coronas noruegas y el ahorro, teniendo en cuenta el coste de la puesta en marcha del programa, asciende a 2.692 coronas.</p>
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	
<b>Otros resultados</b>	
<b>Limitaciones del estudio</b>	Las estimaciones sobre la efectividad de los programas de ejercicio para reducir las caídas en la población mayor se toman de otros estudios, sin llegar a verificarlos.
<b>Conclusiones</b>	
<b>Relación coste-efectividad</b>	Se consigue un ahorro económico gracias a la prevención de caídas que resultan en un considerable coste sanitario y social.

<b>ID Estudio</b>	129
<b>Referencia</b>	Mansell, J. Et Al. "Deinstitutionalisation and Community Living: Position Statement of the Comparative Policy and Practice Special Interest Research Group of the International Association for the Scientific Study of Intellectual Disabilities". <i>Journal of Intellectual Disability Research</i> , 54, 2, 2010, pp. 104-112.
<b>País</b>	
<b>Ámbito geográfico</b>	
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Fórmulas de alojamiento en la comunidad
<b>Población destinataria</b>	Personas con discapacidad intelectual
<b>Descripción de la intervención</b>	<p>Esta intervención busca proporcionar a las personas con discapacidad el mismo tipo de alojamientos que están disponibles para el resto de la población, y proporcionar una buena calidad de vida, participando como ciudadanos de pleno derecho en actividades sociales, culturales y económicas en la medida en la que cada uno quiera.</p> <p>El alojamiento en la comunidad consiste en:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Utilizar alojamiento ubicado entre el resto de la población, que sea adecuado, apropiado y accesible al individuo</li><li>2. Utilizar el mismo tipo de opciones de alojamiento disponibles para la población general</li><li>3. Permitir a las personas, en la medida de lo posible, que elijan dónde, con quién y cómo quieren vivir</li><li>4. Proporcionar la ayuda necesaria para permitir que las personas con discapacidad participen satisfactoriamente en la comunidad.</li></ol>
<b>Intensidad de la intervención</b>	
<b>Objetivos de la intervención</b>	Reducir el coste
<b>Profesionales que intervienen</b>	
<b>Intervención con la que se compara</b>	Atención residencial
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	
<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	El objetivo de este trabajo es comparar servicios comunitarios con servicios residenciales. Se trata de una revisión de la literatura.
<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir</b>	

<b>los resultados de la intervención</b>	
<b>Tipo de evaluación económica</b>	2. Estudio coste-eficacia
<b>Validez interna del estudio</b>	No aplicable
<b>Validez externa del estudio</b>	No aplicable
<b>Calidad del estudio de evaluación económica</b>	No aplicable
<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	Si se hace una comparación entre alojamientos comunitarios y servicios residenciales en base a necesidades y a una calidad de vida comparables, el alojamiento en comunidad no resulta más caro que la atención en residencias.
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	
<b>Otros resultados</b>	
<b>Limitaciones del estudio</b>	
<b>Conclusiones</b>	<p>Los estudios revisados muestran que los servicios basados en la comunidad son superiores a las instituciones en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Presencia y participación comunitaria</li> <li>- Redes y relaciones sociales</li> <li>- Contacto con la familia</li> <li>- Auto-determinación y elección</li> <li>- Calidad de vida</li> <li>- Conducta adaptativa</li> <li>- Opinión y satisfacción del usuario y de la familia</li> </ul> <p>Los usuarios de este tipo de alojamientos tienen, en general, más opción de elegir dónde quieren vivir y qué actividades diarias realizar en comparación con aquellos que viven en residencias.</p> <p>El análisis también muestra diferencias entre grupos en el diseño de los servicios y, en especial, en el rendimiento del personal. El rendimiento del personal y la necesidad de apoyo del usuario son los dos predictores principales de algunos beneficios.</p> <p>Las fórmulas de alojamiento en la comunidad ofrecen un estilo y una calidad de vida mejores en comparación con las residencias (tanto antiguas como de reciente creación).</p> <p>Los autores concluyen que la manera de proporcionar un buen servicio de alojamiento en la comunidad implica realizar con cuidado un plan de actuación acerca de las necesidades y los deseos de las personas individuales y controlarles constantemente y ajustar el servicio conforme sus necesidades y deseos se modifican.</p>

<b>Relación coste-efectividad</b>	De acuerdo con la revisión realizada, los alojamientos comunitarios favorecen la integración social de las personas con discapacidad intelectual, mejoran su calidad de vida y, cuando se comparan con los servicios residenciales en términos de igual necesidad y calidad de la atención, no resultan más caros que éstos.

<b>ID Estudio</b>	130
<b>Referencia</b>	Frick, K.D. Et Al. "Evaluating the Cost Effectiveness of Fall Prevention Programs that Reduce Fall Related Hip Fractures in Older Adults". Journal of the American Geriatrics Society, 58, 1, 2010, pp. 136-141.
<b>País</b>	
<b>Ámbito geográfico</b>	
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Prevención de caídas
<b>Población destinataria</b>	Personas mayores que viven en domicilio y presentan riesgo de sufrir caídas.
<b>Descripción de la intervención</b>	Se analizaron siete tipos de intervenciones de prevención de caídas: <ul style="list-style-type: none"> <li>- modificación/retirada de medicación psicotrópica,</li> <li>- tai chi en grupo,</li> <li>- suplemento de vitamina D,</li> <li>- ejercicios musculares y de equilibrio,</li> <li>- adaptaciones de la vivienda,</li> <li>- programas individualizados multifactoriales para personas mayores,</li> <li>- tratamientos individualizados multifactoriales para personas mayores frágiles de alto riesgo.</li> </ul>
<b>Intensidad de la intervención</b>	
<b>Objetivos de la intervención</b>	Prevención de caídas Mejorar el estado de salud de las personas usuarias
<b>Profesionales que intervienen</b>	
<b>Intervención con la que se compara</b>	Servicios comunitarios en general
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	Se analizan distintos estudios en los que los servicios de prevención de caídas se comparan con distintas alternativas. En general esta alternativa es al de ofrecer la "atención habitual" sin especificar más.
<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	Se trata de un estudio modelo teórico en el que, a partir de datos de otros estudios sobre la efectividad de las intervenciones analizadas para prevenir caídas, se calcula el gasto sanitario ahorrado y los años de vida ajustados por calidad (AVAC) ganados por los participantes en los programas analizados. Se incluyen datos de los siguientes estudios: <ul style="list-style-type: none"> <li>- 4 estudios (N= 1.651) que evalúan programas individualizados multifactoriales pensados para la población general de personas mayores.</li> <li>- 5 estudios (N= 1.176) que evalúan programas individualizados multifactoriales para personas mayores frágiles de alto riesgo.</li> <li>- 3 estudios (N= 374) de adaptación de la vivienda de personas mayores de alto riesgo: terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas y enfermeras rea-</li> </ul>

	<p>lizan recomendaciones para la eliminación o reducción de elementos peligrosos en el hogar.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 3 estudios (N= 5.572) de suplemento de vitamina D: en los que se toma 800 UI/día o más de vitamina D.</li> <li>- 1 estudio (N=93) de control médico de drogas para el sistema nervioso central, en particular la retirada de psicotrópicos como benzodiazepinas, antidepresivos y antipsicóticos.</li> <li>- 3 estudios (N=566) de entrenamiento muscular/de equilibrio.</li> <li>- 1 estudio (N= 200) de tai chi.</li> </ul>
<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la intervención</b>	
<b>Tipo de evaluación económica</b>	3. Estudio coste-utilidad
<b>Validez interna del estudio</b>	No aplicable
<b>Validez externa del estudio</b>	No aplicable
<b>Calidad del estudio de evaluación económica</b>	Buena
<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	<p>Los estudios revisados presentan los siguientes resultados en cuanto a la prevención de caídas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- los programas multifactoriales para la población general de personas mayores logran un 27% de reducción en el número de caídas;</li> <li>- los programas multifactoriales para mayores en riesgo un 14% de reducción;</li> <li>- los programas de entrenamiento muscular, un 20% de reducción;</li> <li>- las adaptaciones de la vivienda, un 34% de reducción;</li> <li>- los programas de modificación/retirada de medicación psicotrópica, un 66% de reducción;</li> <li>- el Tai-Chi, un 49% de reducción;</li> <li>- la suplementación con vitamina D, un 26% de reducción.</li> </ul> <p>Se calculan los años de vida ajustados por calidad (AVAC) ganados como consecuencia de la disminución de caídas en el grupo de intervención. El número de AVAC ganados en comparación con la atención habitual ronda entre los aproximadamente 0,01 de los programas multifactoriales para mayores en riesgo, y los 0,045 de los programas de modificación/retirada de medicación psicotrópica.</p>
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	
<b>Coste de la intervención de compa-</b>	

<b>ración</b>	
<b>Otros resultados</b>	
<b>Limitaciones del estudio</b>	Se basa en fuentes secundarias.
<b>Conclusiones</b>	<p>Se analizan los beneficios asociados a las roturas de cadera en personas mayores en términos de QALYs y el coste de los programas. Los principales resultados son:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- El control de medicación y el tai chi son los programas menos caros y más efectivos.</li><li>- En segundo lugar, los programas de suplemento de vitamina D y de adaptación de la vivienda son los siguientes menos caros y más efectivos.</li></ul> <p>No obstante, los autores señalan la necesidad de valorar la utilidad de los distintos tipos de intervención en cada caso. Por ejemplo, aunque la suplementación con vitamina D puede resultar más coste efectiva que la adaptación de viviendas, su utilidad probablemente se limite a aquellos casos en los que existe una deficiencia de esa vitamina, mientras que la adaptación de las viviendas puede ser útil para una mayor proporción de personas.</p>
<b>Relación coste-efectividad</b>	Los estudios de efectividad revisados muestran una importante reducción del número de caídas de personas mayores como consecuencia de las intervenciones evaluadas. Esta reducción se consigue además a un coste razonable, comparándolo con el coste sanitario que genera el no ofrecer ninguna intervención.

<b>ID Estudio</b>	132
<b>Referencia</b>	Mcleod, B. Mair, M. "Evaluation of City of Edinburgh Council Home Care Re-ablement Service". Edinburgh, Scottish Government Social Research, 2009, pp. 69.
<b>País</b>	Escocia
<b>Ámbito geográfico</b>	Local
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Re-capacitación a domicilio
<b>Población destinataria</b>	Personas mayores que viven en sus domicilios o que vuelven a los mismos tras una estancia en el hospital.
<b>Descripción de la intervención</b>	<p>Se trata de un servicio de ayuda a domicilio intensivo, que generalmente tiene una duración inferior a 6 semanas. El objetivo de la intervención es rehabilitar a las personas para que puedan recuperar su capacidad para cuidar de sí mismas, reduciendo, cuando resulte posible, la necesidad de servicios de ayuda a domicilio continuados.</p> <p>El servicio tiene una dimensión educativa, de empoderamiento de las personas usuarias, y se basa en la filosofía de colaborar con la persona usuaria en la realización de las tareas, en lugar de sustituirla, con el objetivo de que recupere parte de su capacidad.</p> <p>Un elemento clave del servicio es la planificación de objetivos individualizados adaptados a las necesidades y capacidades de cada persona usuaria. Estos objetivos y los planes para conseguirlos se establecen en colaboración con la propia persona usuaria. El progreso de cada persona hacia la realización de los objetivos establecidos se monitoriza diariamente y se revisa en las reuniones que mantiene el equipo semanalmente.</p> <p>En Edimburgo, en el distrito sudeste, el servicio cuenta con la siguiente plantilla:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Director del servicio (0,5 personas a DPE)</li><li>- Coordinadores (3,5 personas a DPE)</li><li>- Terapeutas ocupacional (2,6 personas a DPE)</li><li>- Organizadores (1,5 personas a DPE)</li><li>- Administrativos (1,7 personas a DPE)</li><li>- Trabajadores domiciliarios (33,75 personas a DPE)</li></ul> <p>El servicio cuenta con una ratio más elevada de personal de atención indirecta por trabajador/a domiciliario, lo cual se considera una característica importante para el éxito del servicio. Los coordinadores se encargan de dinamizar las reuniones de equipo. Los organizadores se encargan de la organización de los recursos humanos y de establecer los objetivos individuales con cada persona usuaria.</p> <p>Los/as trabajadores/as domiciliarios deben tener una cualificación profesional equivalente a un grado medio de formación profesional (SVQ Level 2).</p> <p>Para recibir el servicio, las personas pueden acudir por ellas mismas o ser derivadas desde servicios sociales o desde atención primaria de salud. Cuan-</p>

	<p>do se trata de personas que regresan a su domicilio tras un ingreso hospitalario, es la trabajadora social o la terapeuta ocupacional del hospital quien realiza la derivación. Una vez hecha la derivación los coordinadores del equipo hacen una primera valoración en el domicilio de la persona. Con esta información el equipo se reúne y decide si la persona es adecuada para recibir el servicio. Normalmente, la mayoría de las personas se consideran aptas para recibir el servicio, aunque existen algunas situaciones (estadios avanzados de demencia o determinadas enfermedades mentales) que hacen que el servicio de capacitación no se considere adecuado.</p> <p>Una vez finalizado el periodo de capacitación (normalmente inferior a 6 semanas) se decide si la persona requiere servicios domiciliarios prolongados o si puede mantenerse en el domicilio sin apoyo.</p>
<b>Intensidad de la intervención</b>	
<b>Objetivos de la intervención</b>	Reducir el uso de servicios formales
<b>Profesionales que intervienen</b>	Equipo multidisciplinar
<b>Intervención con la que se compara</b>	Ayuda a domicilio
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	Se compara con el servicio de ayuda a domicilio habitual que se ofrece desde servicios sociales.
<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	<p>Se recogen los datos sobre la intensidad de atención que precisaron, antes y después de utilizar el servicio de capacitación, los primeros 90 usuarios del programa. Los resultados obtenidos se comparan con el de una muestra de 90 personas con características similares que recibían el servicio de ayuda a domicilio habitual en otra zona de Edimburgo.</p> <p>Además de medir la cantidad de ayuda necesaria antes y después de las 6 semanas de intervención, se hizo un seguimiento de 3 meses de los participantes, para ver si los efectos de la intervención se mantenían en el tiempo.</p> <p>Además de las horas de apoyo requerido, principal variable de resultado, se analizaron los costes de personal, de gestión y de formación asociados al nuevo servicio de capacitación y al servicio de ayuda a domicilio tradicional.</p> <p>Para completar estas medidas cuantitativas, que constituyen la base para el análisis de coste-efectividad, se recogieron datos cualitativos a través de entrevistas con el personal de los servicios y con algunas personas usuarias, para procurar conocer los puntos fuertes y las debilidades del nuevo servicio.</p>
<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la intervención</b>	Se construyó un instrumento ad hoc para medir la necesidad de atención de las personas participantes en términos de horas de atención requeridas.
<b>Tipo de evaluación económica</b>	2. Estudio coste-eficacia

<b>Validez interna del estudio</b>	Satisfactoria
<b>Validez externa del estudio</b>	Satisfactoria
<b>Calidad del estudio de evaluación económica</b>	Aceptable
<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	<p>Se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre el grupo de capacitación y el grupo de control en cuanto a la reducción del número de horas de atención domiciliar necesarias al término de la intervención. Teniendo en cuenta la intensidad media del servicio antes y después de las 6 semanas de capacitación:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- El grupo que recibió el servicio pasó de necesitar 7,92 horas semanales de media, a necesitar 4,67 horas semanales tras 6 semanas de capacitación.</li><li>- El grupo de control pasó de necesitar 8,21 horas semanales de media, a necesitar 8,35 horas semanales tras 6 semanas recibiendo el servicio de ayuda a domicilio tradicional.</li></ul> <p>Teniendo en cuenta la mediana, las cifras fueron las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- El grupo que recibió el nuevo servicio paso de una mediana de 7 horas semanales, a 3 horas semanales</li><li>- La mediana para el grupo de control se mantuvo en 7 horas semanales al final de las 6 semanas de intervención.</li></ul> <p>Los datos recogidos a los 3 meses de haber finalizado la intervención, sugieren que la reducción en el número de horas conseguido al final de la misma se mantuvo en el periodo analizado.</p>
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	<p>1.050 libras esterlinas por persona usuaria a lo largo de las seis semanas de intervención. Este coste incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- 760,7 libras esterlinas por persona en personal de atención directa.</li><li>- 88,91 libras esterlinas por persona en personal de terapia ocupacional.</li><li>- 200,61 libras esterlinas por persona usuaria en personal de dirección y de administración.</li></ul> <p>A esto habría que sumar un coste de 191,24 libras esterlinas por trabajador/a de atención directa en concepto de formación inicial.</p>
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	<p>810 libras esterlinas por persona usuaria a lo largo de las seis semanas. Este coste incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- 763,7 libras esterlinas por persona en personal de atención directa.</li><li>- 0 libras esterlinas por persona en personal de terapia ocupacional.</li><li>- 46,02 libras esterlinas por persona usuaria en personal de dirección y de administración.</li></ul>
<b>Otros resultados</b>	
<b>Limitaciones del estudio</b>	Los autores recomiendan que la siguiente evaluación incluya un periodo de seguimiento de un año para ver si los beneficios obtenidos se mantienen a más largo plazo.
<b>Conclusiones</b>	Tras seis semanas de capacitación se consiguió:

	<ul style="list-style-type: none"><li>- Reducir en un 41% el número total de horas de atención que requerían las personas usuarias al inicio de la misma. Por el contrario, el número total de horas que necesitaron las personas del grupo de control se incrementó un 1,6%.</li><li>- En conjunto, un 60% de las personas usuarias que recibieron el nuevo servicio redujeron el número de horas que requerían al final de la intervención. En el grupo de control, sólo el 28% de las personas usuarias pudo reducir el número de horas de atención que requería tras 6 semanas de ayuda a domicilio.</li><li>- Un tercio de las personas que recibieron el nuevo servicio, no requirió atención domiciliaria una vez terminada la fase de capacitación de 6 semanas. Esta proporción fue un 50% menor en el grupo de control.</li><li>- Las personas que habían sido derivadas al nuevo servicio desde sus hogares (vivían en la comunidad) redujeron el número de horas de atención que requerían en un 45,5%. Las personas que fueron derivadas al grupo de control desde sus hogares incrementaron las horas de atención que requerían un 13,7%.</li><li>- Las personas que habían sido derivadas al nuevo servicio desde el hospital redujeron el número de horas de atención que requerían en un 38,6%. Entre las personas que fueron derivadas al grupo de control desde el hospital esta reducción fue mucho menor (8,1%).</li><li>- Por grado de necesidad, la mayor reducción en el número de horas de atención necesarias (60%) se dio entre las personas que requerían una baja intensidad de atención (entre 5 y 10 horas semanales). La menor reducción se dio, por el contrario, entre quienes requerían más de 15 horas semanales de atención (21,6%).</li></ul> <p>Tres meses después de la intervención: En conjunto, entre las personas que recibieron el servicio de capacitación las horas de atención necesarias se redujeron un 1,2% más. Entre las personas que fueron derivadas desde sus hogares, el número de horas de atención necesarias se incrementó en un 14,7% respecto al final del periodo de intervención (cuando se había conseguido una reducción del 41%). Entre las personas derivadas desde el hospital, las necesidades continuaron disminuyendo, reduciéndose las horas necesarias un 12,1% más.</p>
<b>Relación coste-efectividad</b>	Se consiguió una reducción del 41% en el número de horas de atención domiciliaria necesarias para el grupo de intervención, con un coste adicional de 240 libras por persona usuaria, es decir, con un incremento del coste del servicio del 29,6%.

<b>ID Estudio</b>	135
<b>Referencia</b>	Ashton, T. Hempenstall, C. "Research into the Financial Benefits of the Supporting People Programme, 2009". Londres, Department for Communities and Local Government, 2009, pp. 196.
<b>País</b>	Reino Unido
<b>Ámbito geográfico</b>	
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Fórmulas de alojamiento en la comunidad
<b>Población destinataria</b>	El programa está dirigido a personas con necesidad de apoyo de larga duración (discapacidad, personas mayores,...) y también para colectivos con necesidades más a corto plazo (personas en riesgo de exclusión, sin techo...)
<b>Descripción de la intervención</b>	Supporting People es un programa similar al que en nuestro entorno se conoce como "programa de vida independiente", que consiste en proporcionar distintos servicios de apoyo asociados a la vivienda para que las personas vulnerables puedan vivir de forma independiente y mejorar su calidad de vida. El servicio tiene una dimensión educativa/de tutela, con lo que se consigue que personas muy vulnerables no requieran servicios más intensivos.
<b>Intensidad de la intervención</b>	
<b>Objetivos de la intervención</b>	Reducir el coste
<b>Profesionales que intervienen</b>	
<b>Intervención con la que se compara</b>	Atención habitual
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	
<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	<p>Este trabajo busca conocer los beneficios económicos que obtienen las administraciones públicas mediante la provisión del servicio a los distintos colectivos que atiende. Se trata de conocer cuál sería el impacto económico si los servicios de vida independiente fueran sustituidos por alternativas positivas apropiadas para satisfacer las necesidades de las personas. Se ha analizado dicho impacto teniendo en cuenta que:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Para algunos usuarios, las alternativas más adecuadas son los servicios que reciben en la actualidad, pero sin el apoyo adicional que reciben de los servicios de vida independiente (asesoramiento, tutela).</li><li>2. Para otros, las mejores alternativas serían formas de intervención más intensivas (servicios residenciales).</li></ol> <p>Para realizar el impacto del programa se ha procedido de la siguiente manera:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se recogieron datos sobre las personas usuarias atendidas en 2006 por el programa y sus características. También sobre el coste de los paquetes de atención puestos a disposición de cada persona usuaria (los datos fueron proporcionados por las administraciones responsables del programa).</li> <li>- Se organizaron grupos de discusión con los responsables del programa en diferentes áreas de Inglaterra. El objetivo de estos grupos fue el de llegar a un consenso sobre cuáles serían las alternativas más adecuadas para la atención de los distintos colectivos de personas usuarias, si el programa de vida independiente no estuviera disponible. Además de la propuesta de servicios alternativos, el grupo discutió las consecuencias personales (positivas y negativas) que tendría para las personas usuarias el cambio a los servicios alternativos propuestos (un ingreso de emergencia por una caída, olvidarse del pago de recibos o impuestos, etc.).</li> </ul> <p>Con estos datos es posible calcular el coste del actual programa de vida independiente, y el de las alternativas consideradas más apropiadas, para así conocer el impacto económico del programa.</p>
<p><b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la intervención</b></p>	<p>Se utiliza un modelo diseñado anteriormente para comparar los costes de paquetes de apoyo completos que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tiene en cuenta tanto los costes de los paquetes de apoyo como las consecuencias positivas y negativas que pueden sufrir las personas usuarias por cambiar de tipo de servicio.</li> <li>- Considera los costes evitados asociados a las alternativas de acogimiento residencial.</li> <li>- Produce una hoja de cálculo financiero.</li> </ul>
<p><b>Tipo de evaluación económica</b></p>	<p>98. Estudio de costes</p>
<p><b>Validez interna del estudio</b></p>	<p>No aplicable</p>
<p><b>Validez externa del estudio</b></p>	<p>No aplicable</p>
<p><b>Calidad del estudio de evaluación económica</b></p>	<p>No aplicable</p>
<p><b>Principales resultados sobre efectividad</b></p>	<p>De acuerdo con las estimaciones realizadas, en el caso de las personas mayores, el programa de vida independiente (supporting people) conlleva un ahorro de 1.659 libras esterlinas anuales por unidad convivencial atendida. Por otra parte, aunque el estudio no lo ha medido directamente, las personas consultadas (profesionales responsables del servicio) consideran que el programa tiene numerosos beneficios para las personas atendidas, entre otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mejora de la salud física y mental</li> <li>- Mejor calidad de vida</li> <li>- Mayor elección sobre la forma de vida</li> <li>- Mayor participación social y menos aislamiento</li> <li>- Facilidad de acceso a los servicios necesarios</li> <li>- Mayor sensación de seguridad</li> <li>- Menor carga para las personas cuidadoras informales.</li> </ul>

<b>Coste de la intervención evaluada</b>	<p>El coste del programa de vida independiente, en el caso de las personas mayores, es el siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- En el caso de personas mayores que reciben servicios de apoyo domiciliarios (floating support), telealarma o servicios de adaptación de la vivienda, 10.317 libras esterlinas por unidad convivencial y año.</li><li>- En el caso de personas mayores que reciben atención en viviendas comunitarias (very sheltered housing), 23.841 libras esterlinas por unidad convivencial y año.</li><li>- En el caso de personas mayores que reciben atención en apartamentos tutelados (sheltered housing), 14.285 libras esterlinas por unidad convivencial y año.</li></ul> <p>Realizando una media ponderada a partir del número de hogares de cada grupo el coste medio para el conjunto de las personas mayores sería de: 12.829 libras esterlinas por unidad convivencial al año.</p>
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	<p>El coste de los servicios alternativos que requerirían las personas mayores en ausencia del programa de vida independiente sería el siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- En el caso de personas mayores que reciben servicios de apoyo domiciliarios (floating support), telealarma o servicios de adaptación de la vivienda, 12.022 libras esterlinas por unidad convivencial y año.</li><li>- En el caso de personas mayores que reciben atención en viviendas comunitarias (very sheltered housing), 28.875 libras esterlinas por unidad convivencial y año.</li><li>- En el caso de personas mayores que reciben atención en apartamentos tutelados (sheltered housing), 15.722 libras esterlinas por unidad convivencial y año.</li></ul> <p>Realizando una media ponderada a partir del número de hogares de cada grupo el coste medio para el conjunto de las personas mayores sería de: 14.488 libras esterlinas por unidad convivencial al año.</p>
<b>Otros resultados</b>	
<b>Limitaciones del estudio</b>	<p>El coste de los servicios alternativos se basa en estimaciones, por parte de los profesionales responsables, sobre el tipo de atención que podrían necesitar las personas usuarias del programa en ausencia de éste.</p> <p>Sólo se mide el ahorro económico y no se intenta medir los otros beneficios más cualitativos que, de acuerdo con los profesionales, consiguen los usuarios del programa (calidad de vida, etc.).</p>
<b>Conclusiones</b>	
<b>Relación coste-efectividad</b>	<p>El servicio evaluado consigue mejores resultados para las personas usuarias (no medido expresamente) con un coste menor. En el caso de las personas mayores, concretamente, el ahorro se estima en 1.659 libras esterlinas anuales por unidad convivencial atendida.</p>

<b>ID Estudio</b>	141
<b>Referencia</b>	Grabowski, D.C. "The Cost-Effectiveness of Noninstitutional Long-Term Care Services: Review and Synthesis of the Most Recent Evidence". <i>Medical Care Research and Review</i> , 63, 1, 2006, pp. 3-28.
<b>País</b>	Estados Unidos
<b>Ámbito geográfico</b>	
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Individualización de la atención
<b>Población destinataria</b>	Personas mayores en riesgo de dependencia
<b>Descripción de la intervención</b>	Son programas que proporcionan al usuario más control sobre los servicios que recibe (consumer-directed care). Este tipo de programas permiten al usuario controlar cómo se contrata, supervisa e incluso despiden al proveedor del servicio.
<b>Intensidad de la intervención</b>	
<b>Objetivos de la intervención</b>	Incrementar el grado de satisfacción de las personas usuarias
<b>Profesionales que intervienen</b>	
<b>Intervención con la que se compara</b>	Servicios comunitarios en general
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	
<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	Es una revisión bibliográfica de dos estudios que evalúan dos programas que permiten a sus usuarios controlar la atención que reciben por parte de los servicios sociales.
<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la intervención</b>	
<b>Tipo de evaluación económica</b>	2. Estudio coste-eficacia
<b>Validez interna del estudio</b>	No aplicable
<b>Validez externa del estudio</b>	No aplicable
<b>Calidad del estudio de evaluación eco-</b>	No aplicable

<b>nómica</b>	
<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	<p>Uno de los dos estudios revisados (Benjamin et al. 2000) encuentra que el grupo de intervención muestra una mayor satisfacción con el servicio en comparación con el grupo de control.</p> <p>En el segundo estudio (Foster et al., 2003) los usuarios del grupo de intervención se muestran significativamente más satisfechos que los del grupo control. Se encuentran más satisfechos con el ritmo y la calidad de la atención, sienten que no van a ser defraudados por sus cuidadores por lo que se mejora la calidad de vida.</p> <p>Por otra parte, uno de los trabajos analizados (Benjamin et al. 2000) muestra un aumento en la sensación de seguridad y una mejora en la realización de actividades para la vida cotidiana de tipo instrumental. Sin embargo, no hubo diferencias entre grupos en la percepción de riesgo físico y psicológico ni en la realización de actividades para la vida cotidiana de tipo no instrumental.</p>
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	<p>En uno de los estudios revisados el coste de la intervención es superior al del grupo control.</p>
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	
<b>Otros resultados</b>	
<b>Limitaciones del estudio</b>	<p>La principal limitación de las evaluaciones es que el grupo de intervención y el grupo de control no fueron asignados aleatoriamente.</p>
<b>Conclusiones</b>	<p>Los dos estudios revisados muestran ser eficaces ya que aumenta la satisfacción de sus usuarios y se satisfacen necesidades que de otro modo no hubieran sido satisfechas.</p>
<b>Relación coste-efectividad</b>	<p>De los dos estudios revisados en este trabajo solamente uno informa del coste de la intervención. Este trabajo encuentra que el coste del grupo de intervención es mayor que el de grupo control por lo que aunque la intervención tenga resultados positivos no es coste-efectivo.</p>

<b>ID Estudio</b>	142
<b>Referencia</b>	Timonen, V. "Evaluation of Homecare Grant Schemes in the NAHB and ECAHB". Dublin, Eastern Regional Health Authority, 2004, pp. 85.
<b>País</b>	Irlanda
<b>Ámbito geográfico</b>	Local
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Asignación económica individual
<b>Población destinataria</b>	Personas mayores con necesidad de recibir servicios de atención a domicilio por estar en riesgo de ingresar en una residencia.
<b>Descripción de la intervención</b>	<p>El programa A está dirigido a apoyar a personas mayores de 65 años que quieren seguir residiendo en su domicilio pero que no pueden hacerlo sin la ayuda de una prestación económica. Con el objeto de suplementar y no reemplazar servicios, se plantea la necesidad de comprobar la existencia de servicios comunitarios disponibles como paso previo a la asignación de la prestación.</p> <p>Se realizan pagos directos a los usuarios y se les proporciona la suficiente libertad para que la asignación económica se invierta en aquello que la persona mayor considere más oportuno. La persona que recibe la asignación económica pasa a ser responsable de encontrar a la persona que le va a proporcionar los servicios extraordinarios que bajo ningún concepto puede ser un familiar.</p>
<b>Intensidad de la intervención</b>	
<b>Objetivos de la intervención</b>	<p>Retrasar o evitar la institucionalización</p> <p>Incrementar el grado de satisfacción de las personas usuarias</p>
<b>Profesionales que intervienen</b>	
<b>Intervención con la que se compara</b>	Asignación económica individual
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	<p>En principio es una ayuda económica que se proporciona cuando los servicios de ayuda a domicilio no son suficientes o no están disponibles y se plantea que el usuario necesita más de 10 horas de atención.</p> <p>En esta propuesta, el pago es retrospectivo y se realiza a la entidad que provee los servicios. La persona usuaria no administra el dinero.</p>
<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	<p>Es un estudio exploratorio, de carácter cualitativo, en el que se entrevistó a perceptores de las ayudas económicas y se recogieron datos sobre satisfacción con el programa, utilización de servicios, cuantía económica recibida, etc.</p> <p>Un total de 134 personas recibieron la ayuda económica en una región</p>

	determinada y en el grupo de comparación, perteneciente a otra región, el número de perceptores de la asignación económica ascendió a 58.
<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la intervención</b>	
<b>Tipo de evaluación económica</b>	99. No está claramente descrito
<b>Validez interna del estudio</b>	No aplicable
<b>Validez externa del estudio</b>	No aplicable
<b>Calidad del estudio de evaluación económica</b>	No aplicable
<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	<p>Aunque no se ofrecen datos cuantitativos, casi el 70% de las personas que recibieron la ayuda necesitaron atención informal además de los servicios formales pagados mediante la ayuda. La cantidad de ayuda informal recibida fue de 42,7 horas semanales. Esto significa que la mayoría de estas personas no podrían permanecer en sus domicilios sin esta ayuda económica.</p> <p>Los usuarios del programa mostraron un alto nivel de satisfacción con el mismo (41% dice estar muy contento y un 28% satisfecho). No obstante, el 50% expresaron la opinión de que la cuantía de la ayuda era insuficiente. El programa permite a un 59% optar por los servicios de un asistente personal, un 18% recibe los servicios de un cuidador a través de una agencia y en un 24% de los casos la forma de la ayuda recibida no está tan clara.</p>
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	<p>La media del gasto por semana es de 170€.</p> <p>El presupuesto total del programa de asignación económica individual en la región A fue de 711.000€.</p>
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	<p>La media del gasto por semana es de 170€.</p> <p>El presupuesto del programa de asignación económica en la región B fue de 393.000€.</p>
<b>Otros resultados</b>	
<b>Limitaciones del estudio</b>	
<b>Conclusiones</b>	<p>En la mayoría de los casos, tanto el programa A como en el B, los usuarios indican que, de no haber recibido la asignación económica individual, sus familiares hubieran experimentado sobrecarga de trabajo o hubieran tenido que optar por los servicios de una residencia para personas mayores. Los niveles de satisfacción de los usuarios con el programa son altos. Los autores señalan que la disponibilidad de asignaciones económicas ayuda a reducir el número de altas hospitalarias retrasadas y retrasan la institucio-</p>

	<p>nalización pero este trabajo no ofrece datos en este sentido. Este documento solamente ofrece una descripción cualitativa de cómo funciona este recurso.</p> <p>Las principales recomendaciones de este estudio cualitativo son:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- La necesidad de introducir una evaluación estandarizada para determinar qué usuarios participan y para las re-evaluaciones</li><li>- La obligación de ser más cuidadosos en el control de la calidad y pertinencia de los servicios prestados con la ayuda de las asignaciones económicas individuales.</li><li>- La puesta en marcha de un procedimiento que permita garantizar que las cuantías están acorde con los costes de la atención</li><li>- La introducción de partidas dirigidas a atención doméstica en las subvenciones de atención de servicios privados de enfermería a domicilio.</li><li>- La necesidad de asegurar una adecuada dotación de personal.</li></ul>
<b>Relación coste-efectividad</b>	<p>Los autores indican que las ayudas son efectivas a la hora de mantener a las personas mayores en sus domicilios con un elevado grado de satisfacción. Para personas mayores con altos niveles de dependencia este trabajo no analiza la relación coste-efectividad de la asignación económica individual.</p>

<b>ID Estudio</b>	143
<b>Referencia</b>	Poveda, R. Et Al. "Análisis de costes y beneficios de la incorporación de productos de apoyo como extensión de los servicios de atención a domicilio en población mayor con dependencia (ponencia presentada en el I congreso REPS-Red Española de Política Social. Oviedo, noviembre 2009)". Madrid, Centro de Ciencias Humanas y Sociales, 2009, pp. 16.
<b>País</b>	España
<b>Ámbito geográfico</b>	Local
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Ayudas tecnológicas
<b>Población destinataria</b>	Personas mayores dependientes
<b>Descripción de la intervención</b>	<p>Son “cualquier producto (incluyendo dispositivos, equipo, instrumentos, tecnología y software) fabricado especialmente, o disponible en el mercado, para prevenir, compensar, controlar, mitigar o neutralizar deficiencias, limitaciones de actividad y restricciones de participación”. Se integran en la atención personal en la realización de las actividades de la vida cotidiana proporcionada por los servicios de ayuda a domicilio e incluyen: utensilios, dispositivos, aparatos o adaptaciones para suplir movimientos o ayudar en las limitaciones funcionales de las personas con discapacidad.</p> <p>En este estudio se analizan las ayudas técnicas para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Uso del retrete: asideros, sensor anti-caídas, elevador inodoro e inodoro-bidet</li> <li>- Empleo de baño/ducha: asideros, sensor anti-caídas, tabla de bañera, silla giratoria, silla de ducha, alfombra antideslizante, grifo monomando, toallero, dosificador de jabón, accesorios para el baño, instalación plato de ducha.</li> <li>- Traslado sillón/cama: pasamanos pasillo, alzas, bastón simple, barandilla para la cama, trapecio cama, asiento elevador para el sillón, cama articulada con colchón antiescaras, sensor de iluminación para el pasillo.</li> </ul>
<b>Intensidad de la intervención</b>	
<b>Objetivos de la intervención</b>	Reducir el coste
<b>Profesionales que intervienen</b>	
<b>Intervención con la que se compara</b>	Ninguna intervención
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	
<b>Descripción de la</b>	Es un estudio teórico que identifica grupos de necesidades de las personas

<b>metodología del estudio</b>	<p>mayores. Las necesidades analizadas son las relativas a la realización de las actividades de la vida diaria que en la actualidad no eran atendidas por el SAD y donde se recomienda la incorporación de productos tecnológicos.</p> <p>La evaluación de coste-beneficio utilizado en este estudio se basa en el análisis del coste neto anual de la implantación de tecnología (<math>C_n = \text{coste anual de intervención} - \text{beneficios}</math>) y en el análisis de la relación coste/beneficio y beneficio/coste.</p> <p>Entre los costes se han incluido el coste de los productos de apoyo y el del SAD.</p> <p>Entre los beneficios se han tenido en cuenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La menor incidencia de fractura de cadera.</li> <li>- La prevención de úlceras por presión.</li> <li>- Retrasar la institucionalización.</li> <li>- Prevenir lesiones lumbares entre las auxiliares de SAD.</li> <li>- Reducir la necesidad de apoyo informal.</li> </ul> <p>A la hora de presentar los datos se han utilizado tres niveles de intervención (nivel 1, nivel 2 y nivel 3) a medida que incrementa progresivamente el nivel de complejidad tecnológica y el coste.</p>																				
<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la intervención</b>																					
<b>Tipo de evaluación económica</b>	2. Estudio coste-eficacia																				
<b>Validez interna del estudio</b>	No aplicable																				
<b>Validez externa del estudio</b>	No aplicable																				
<b>Calidad del estudio de evaluación económica</b>	No aplicable																				
<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	<p>Los beneficios se han calculado a partir de la contribución estimada para cada una de las intervenciones en “reducción de coste para los siguientes parámetros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fractura de cadera</li> <li>- Úlceras por presión grado I</li> <li>- Institucionalización en una residencia: aplazamiento de 6, 12 o 18 meses</li> <li>- Reducción del tiempo de atención por parte del familiar: del 30%, 60% o 90%</li> </ul> <p>El valor total de las intervenciones en millones de euros anuales (valores negativos indican beneficios), en función de la aplicación de las intervenciones a distintos porcentajes de la población con SAD es de:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>% de población</th> <th>100%</th> <th>75%</th> <th>50%</th> <th>33.76%*</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Intervención 1</td> <td>-25.56 M€</td> <td>-19.17 M€</td> <td>-12.78 M€</td> <td>-8.61 M€</td> </tr> <tr> <td>Intervención 2</td> <td>25.21 M€</td> <td>18.90 M€</td> <td>12.60 M€</td> <td>8.49 M€</td> </tr> <tr> <td>Intervención 3</td> <td>321.88 M€</td> <td>241.41 M€</td> <td>160.94M€</td> <td>108.39M€</td> </tr> </tbody> </table>	% de población	100%	75%	50%	33.76%*	Intervención 1	-25.56 M€	-19.17 M€	-12.78 M€	-8.61 M€	Intervención 2	25.21 M€	18.90 M€	12.60 M€	8.49 M€	Intervención 3	321.88 M€	241.41 M€	160.94M€	108.39M€
% de población	100%	75%	50%	33.76%*																	
Intervención 1	-25.56 M€	-19.17 M€	-12.78 M€	-8.61 M€																	
Intervención 2	25.21 M€	18.90 M€	12.60 M€	8.49 M€																	
Intervención 3	321.88 M€	241.41 M€	160.94M€	108.39M€																	

	<p>*33.76% es el porcentaje de población con dependencia</p> <p>Los ratios beneficio/coste, en función de la aplicación de las intervenciones son:</p> <table border="1"> <tr> <td>Ratio</td> <td>10%</td> </tr> <tr> <td>Intervención 1</td> <td>1.3</td> </tr> <tr> <td>Intervención</td> <td>0.81</td> </tr> <tr> <td>Intervención 3</td> <td>0.29</td> </tr> </table>	Ratio	10%	Intervención 1	1.3	Intervención	0.81	Intervención 3	0.29								
Ratio	10%																
Intervención 1	1.3																
Intervención	0.81																
Intervención 3	0.29																
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	<p>Los coste de las intervenciones contemplan los costes de adquisición, instalación y mantenimiento de los productos de apoyo recomendados:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Productos de apoyo para</th> <th>Nivel 1</th> <th>Nivel 2</th> <th>Nivel 3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Uso retrete</td> <td>200€</td> <td>350€</td> <td>950€</td> </tr> <tr> <td>Empleo baño/ducha</td> <td>350€</td> <td>750€</td> <td>2.570€</td> </tr> <tr> <td>Traslado sillón/cama</td> <td>310€</td> <td>630€</td> <td>2.290€</td> </tr> </tbody> </table> <p>A los costes habría que añadir 2.609,21€ correspondiente al coste promedio anual del SAD</p>	Productos de apoyo para	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Uso retrete	200€	350€	950€	Empleo baño/ducha	350€	750€	2.570€	Traslado sillón/cama	310€	630€	2.290€
Productos de apoyo para	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3														
Uso retrete	200€	350€	950€														
Empleo baño/ducha	350€	750€	2.570€														
Traslado sillón/cama	310€	630€	2.290€														
<b>Coste de la intervención de comparación</b>																	
<b>Otros resultados</b>																	
<b>Limitaciones del estudio</b>																	
<b>Conclusiones</b>	<p>Desde la perspectiva del análisis de coste-beneficio, los autores concluyen que queda plenamente justificada una intervención básica y complementaria al SAD que debería comprender ayudas técnicas para facilitar la entrada y salida de la bañera (alfombra, asideros y tabla de transferencia), sentarse y levantarse del retrete (elevador de retrete y asideros) y de la butaca (alzas), el desplazamiento en el interior de la casa (bastón) y entrada y salida de la cama (alzas cama y barandilla).</p> <p>Además, los autores concluyen que “las pequeñas intervenciones tienen un impacto global muy importante cuando se repiten muchas veces, por ejemplo, al afectar a un número de población elevado (personas mayores con servicio SAD) pueden alcanzar un impacto global importante, nuestro estudio ha valorado el impacto en 25,56 millones de beneficio global anual de la intervención”.</p>																
<b>Relación coste-efectividad</b>	<p>Se demuestra que las ayudas técnicas, cuando se configuran como una intervención complementaria al SAD, pueden generar un ahorro considerable en términos de personal y gastos sanitarios asociados a las caídas.</p>																

<b>ID Estudio</b>	147
<b>Referencia</b>	Windle, K. Et Al. "National Evaluation of Partnerships for Older People Projects. Final Report". Kent, Personal Social Services Research Unit, 2009, pp. 302.
<b>País</b>	Reino Unido
<b>Ámbito geográfico</b>	Local
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Coordinación servicios socio-sanitarios
<b>Población destinataria</b>	Personas mayores que viven en sus domicilios y están en riesgo de dependencia
<b>Descripción de la intervención</b>	<p>Los servicios POPP (<i>Partnership for Older People Projects</i>) para personas mayores en riesgo de dependencia fueron diseñados con el fin de desarrollar servicios que promocionaran su salud, bienestar e independencia. Uno de los objetivos clave de la intervención fue el prevenir o retrasar la necesidad de atención de mayor intensidad (residencial).</p> <p>Dentro de este proyecto hay 146 tipos de intervención diferentes que van desde comedores sociales (lunch-clubs) hasta intervenciones más formales de carácter preventivo como puede ser los servicios de transición hospitalaria y los servicios de respuesta rápida (<i>rapid response services</i>).</p> <p>En relación a los objetivos concretos que se plantea cada uno de los programas, dos terceras partes están dirigidos a reducir el aislamiento social y la exclusión o a promocionar una vida saludable entre las personas mayores y un tercio de los 146 programas está centrado en evitar el ingreso hospitalario o en proporcionar una rápida transición desde una unidad de agudos o desde un hospital.</p>
<b>Intensidad de la intervención</b>	
<b>Objetivos de la intervención</b>	<p>Mejorar la calidad de vida</p> <p>Reducir el uso de servicios hospitalarios</p>
<b>Profesionales que intervienen</b>	
<b>Intervención con la que se compara</b>	Servicios comunitarios en general
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	
<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	<p>Es un estudio cuasiexperimental que revisa los resultados de 146 proyectos piloto en el que tomaron parte un total de 264.637 personas.</p> <p>Es una evaluación nacional del programa POPP que incluye 15 métodos de recogida de datos y análisis diferentes.</p>

	<p>En una primera fase se recoge información al inicio de la intervención, se realiza un análisis documental y se solicita a informadores clave en las 29 autoridades locales objeto de estudio que cumplimenten un cuestionario.</p> <p>En una segunda fase se realiza un estudio de casos gracias a la información recogida en entrevistas y grupos de discusión con personal y con personas mayores en cinco localidades.</p> <p>Por último, se realizaron entrevistas a usuarios en las 29 autoridades locales que tomaron parte del estudio.</p>
<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la intervención</b>	Se empleó un instrumento estandarizado para medir la calidad de vida asociada a la salud (HRQol) en una muestra de 1529 personas mayores. Se recogió la percepción de los cambios en el estado general de su calidad de vida al inicio y al fin de la intervención.
<b>Tipo de evaluación económica</b>	3. Estudio coste-utilidad
<b>Validez interna del estudio</b>	No aplicable
<b>Validez externa del estudio</b>	No aplicable
<b>Calidad del estudio de evaluación económica</b>	No aplicable
<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	<p>En general, los servicios de coordinación socio-sanitaria parece que mejoran la calidad de vida del usuario.</p> <p>Los resultados varían en función de la naturaleza de cada una de los 146 tipos de intervención analizados. Por un lado, se encuentra que aquellos programas dirigidos a individuos con necesidades complejas de atención tuvieron especialmente resultados favorables. Además, los servicios de bajo nivel de prevención también tuvieron un impacto favorable en los usuarios.</p> <p>En general, los cambios en calidad de vida fueron favorablemente significativos en la medida de HRQol en 9 de cada 10 tipos de intervención. En concreto, en aquellos programas que proporcionaban una ayuda de tipo instrumental la mejoría fue significativa (12%) así como en aquellos que promueven el ejercicio y la actividad física. Sin embargo, los cambios obtenidos en programas que ofrecen apoyos de tipo comunitario fueron menores (entre un 3% y un 4% de mejoría).</p> <p>En los programas que ofrecen servicios de atención hospitalaria o servicios de atención complejos también se muestra una mejora en la calidad de vida en comparación con el grupo control pero las diferencias entre grupos son pequeñas (2%).</p> <p>La reducción en el número de camas en servicios hospitalarios de emergencia hizo que el ahorro fuera considerable. En concreto por cada £1 gastada en programas de atención que coordinan servicios socio-sanitarios hubo un beneficio de £1.20 gracias al ahorro de estancias hospitalarias en servicios de emergencia.</p> <p>Además, la intervención permite reducción las estancias hospitalarias en un 47%, los servicios de emergencias (o accidentes) en un 29% y los servicios</p>

	<p>de fisioterapia, terapia ocupacional y visitas al médico de cabecera. La reducción total en coste de este tipo de servicios supuso £2.166 por persona.</p> <p>A modo de ejemplo, una de las intervenciones analizadas es la coordinación proactiva y los resultados de este programa permiten reducir en un 60% la utilización de servicios de emergencia, en un 48 % las estancias hospitalarias en un 48%, en un 28% las llamadas al médico de cabecera, en un 25% las visitas a la enfermera y en un 10% las citas con el médico de cabecera.</p>
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	<p>Los costes por usuario varían mucho de un proyecto a otro, desde £4 (prevención primaria) a £7 (prevención secundaria).</p> <p>Los autores afirman que son coste bajos si se comparan con los de los servicios tradicionales de atención social y sanitaria.</p> <p>Del total de dinero invertido en este proyecto un 35% del gasto fue para servicios de prevención terciaria, un 31% para proyectos de prevención primaria y un 24% para servicios de prevención secundaria.</p>
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	
<b>Otros resultados</b>	<p>Un aspecto positivo a destacar por parte de los autores es que la mayoría de los proyectos evaluados son sostenibles y se van a prolongar en el tiempo.</p> <p>En general la puesta en marcha de este tipo de intervenciones fomenta la mejora en las relaciones entre profesionales de los servicios de la red.</p> <p>Todos los proyectos analizados requirieron de la implicación de las personas mayores en el diseño y puesta en marcha de la intervención.</p>
<b>Limitaciones del estudio</b>	
<b>Conclusiones</b>	<p>Este programa demuestra que los servicios que coordinación atención social y sanitaria y tiene como objetivos principales la prevención y la intervención precoz en personas mayores tienen unos resultados positivos. Los autores concluyen que este tipo de servicios permiten mejorar la calidad de vida de los usuarios, reducir la utilización de servicios hospitalarios y en definitiva reducir costes en la intervención. Los autores también señalan que este tipo de servicios permiten reducir la demanda de servicios secundarios.</p>
<b>Relación coste-efectividad</b>	<p>Los servicios que coordinación atención sanitaria y social para personas mayores son coste-efectivos ya que permiten mejorar la calidad de vida, reducir el uso de servicios hospitalarios así como reducir el coste de la intervención.</p> <p>Los autores concluyen que el análisis de QALYs muestra una alta probabilidad (86%) de que el programa sea coste-efectivo si se compara con la atención tradicional.</p>

<b>ID Estudio</b>	149
<b>Referencia</b>	Mansell, J. Beadle-Brown, J. "Dispersed or Clustered. Housing for Disabled Adults: a Systematic Review". Serie: Disability Research Series, 12, Dublin, National Disability Authority, 2008, pp. 151.
<b>País</b>	
<b>Ámbito geográfico</b>	
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Fórmulas de alojamiento en la comunidad
<b>Población destinataria</b>	Personas con discapacidad intelectual
<b>Descripción de la intervención</b>	Las fórmulas de alojamiento en la comunidad que se evalúan en este trabajo son viviendas de pequeño tamaño integradas en centros urbanos de población general. Esta revisión recoge datos de dos tipos de fórmulas de alojamiento en la comunidad: las fórmulas de vida independiente (supported living) y los hogares de grupo (small group home). Los hogares de grupo son viviendas de pequeño tamaño en propiedad de la entidad que gestiona el servicio y en la que convive un número reducido de personas con discapacidad con el apoyo de los profesionales asalariados. Las fórmulas de vida independiente son la modalidad de alojamiento en la que la persona con discapacidad alquila o es dueña de una vivienda y recibe la atención domiciliaria que ella haya elegido.
<b>Intensidad de la intervención</b>	
<b>Objetivos de la intervención</b>	Mejorar la calidad de vida
<b>Profesionales que intervienen</b>	
<b>Intervención con la que se compara</b>	Atención residencial
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	La intervención con la que se compara es la atención residencial que reciben las personas con discapacidad intelectual que residen en diferentes fórmulas de alojamiento: <ul style="list-style-type: none"><li>- Complejos residenciales (village communities). Son servicios de atención residencial que cuentan con trabajadores de apoyo, a menudo sin remunerar. Las personas con discapacidad residen con algún familiar, mantienen relaciones sociales personales y se les proporcionan una estructura social y cultural para trabajar, servicio comunitario, libertad de culto y educación.</li><li>- Centros residenciales (residential campuses). Son servicios de atención residencial que cuentan con personal contratado y están dirigidos a personas con un grado de discapacidad elevado. A menudo se ofrecen servicios de día y otro tipo de servicios en el propio centro.</li><li>- Grupos de viviendas (cluster housing). Este tipo de atención residencial consiste en un número reducido de casas ubicadas en un mismo lugar,</li></ul>

	por ejemplo en una calle privada apartado del resto de la comunidad.
<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	<p>Es una revisión sistemática de la literatura sobre diferentes fórmulas de alojamiento residencial para personas con discapacidad en comparación con servicios de atención residencial.</p> <p>La muestra total de los 19 estudios se compuso de 2.500 personas de cuatro países que proporcionaron información sobre 80 variables diferentes.</p> <p>El objetivo principal de esta revisión bibliográfica fue conocer cómo es la calidad de vida de los usuarios de diferentes fórmulas de alojamiento residencial. La revisión analiza diferentes dimensiones de calidad de vida:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inclusión social</li> <li>- Bienestar físico</li> <li>- Relaciones interpersonales</li> <li>- Bienestar material</li> <li>- Bienestar emocional</li> <li>- Auto-determinación</li> <li>- Desarrollo personal</li> <li>- Derechos</li> </ul> <p>El documento recoge resúmenes de cada uno de los artículos analizados.</p>
<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la intervención</b>	
<b>Tipo de evaluación económica</b>	2. Estudio coste-eficacia
<b>Validez interna del estudio</b>	No aplicable
<b>Validez externa del estudio</b>	No aplicable
<b>Calidad del estudio de evaluación económica</b>	No aplicable
<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	<p>En relación a la calidad de vida, en general parece que las fórmulas de alojamiento en comunidad presentan mejores resultados que la atención residencial.</p> <p>Con respecto a las dimensiones de inclusión social, bienestar material, auto-determinación, desarrollo personal y derechos no hay estudios que indiquen que la atención residencial resulte en una mejor calidad de vida.</p> <p>Con respecto a bienestar físico, la revisión indica que la atención residencial obtiene resultados positivos. En este sentido, se señala que la atención en residencias proporciona un mayor número de horas de actividades recreativas, más contacto con dentistas, psiquiatras y psicólogos, más diagnósticos médicos, contacto frecuente con familia y amigos, visitas a la vivienda y satisfacción con las relaciones sociales.</p> <p>Muchos de los anteriores resultados positivos de la atención residencial hacen referencia exclusivamente a complejos residenciales y no a centros residenciales y a grupos de viviendas. Los complejos residenciales que ob-</p>

	tienen buenos resultados son aquellos en los que conviven personas con una discapacidad de grado leve y sus familiares.
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	La revisión concluye que la atención residencial es menos costosa que las fórmulas de alojamiento residencial en comunidad. Una de las variables que influye significativamente en el coste es el gasto atribuido al personal que varía según la intensidad de profesionales en cada tipo de intervención.
<b>Otros resultados</b>	
<b>Limitaciones del estudio</b>	
<b>Conclusiones</b>	Los autores concluyen que las fórmulas de alojamiento en comunidad obtienen mejores resultados en diferentes indicadores de calidad de vida en comparación con la atención residencial. Sin embargo, los autores señalan que dentro de los servicios de atención residencial los complejos residenciales orientados a personas con un grado leve de discapacidad obtienen resultados positivos en calidad de vida de los usuarios. En relación al coste, las fórmulas de atención residencial tienen un coste menor que las fórmulas de alojamiento en comunidad debido al gasto atribuido al personal.
<b>Relación coste-efectividad</b>	Las fórmulas de alojamiento en comunidad no son coste-efectivas ya que aunque se obtengan resultados positivos en calidad de vida el coste de la intervención es mayor que en la atención residencial.

<b>ID Estudio</b>	152
<b>Referencia</b>	Irvine, L. Et Al. "Cost Effectiveness of a Day Hospital Falls Prevention Programme for Screened Community Dwelling Older People at High Risk of Falls". <i>Age and Ageing</i> , 39, 6, 2010, pp. 710-716.
<b>País</b>	Reino Unido
<b>Ámbito geográfico</b>	
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Prevención de caídas
<b>Población destinataria</b>	<p>Personas mayores de 70 años que viven en comunidad y tienen riesgo de sufrir caídas.</p> <p>Fueron excluidas de la muestra aquellas personas mayores que vivían en residencias, los que recibían cuidados paliativos, aquellos que ya hubieran participado en un programa de prevención de caídas y aquellos que no quisieron participar de manera voluntaria o no fueron capaces de dar su consentimiento.</p>
<b>Descripción de la intervención</b>	<p>El servicio de prevención de caídas se proporciona en centros de atención diurna y consiste en realizar un examen médico, en entrenar a las personas mayores en técnicas de equilibrio y fuerza, en evaluar los peligros del hogar y en derivar a otros especialistas en caso de que sea necesario.</p> <p>Además del propio programa de prevención de caídas, los participantes pueden recibir servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y servicios de enfermería.</p>
<b>Intensidad de la intervención</b>	
<b>Objetivos de la intervención</b>	Prevención de caídas
<b>Profesionales que intervienen</b>	Equipo multidisciplinar
<b>Intervención con la que se compara</b>	Atención habitual
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	
<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	<p>Es un estudio controlado con grupo aleatorio que analiza el coste-efectividad de un programa de prevención de caídas en personas mayores. Los médicos de cabecera seleccionaron una muestra de personas mayores que residían en sus domicilios y que tienen peligro de sufrir caídas. Estas personas completaron un instrumento de evaluación del riesgo de caídas y en base a los criterios de exclusión y a través de un programa informático se asignó a los participantes de manera aleatoria al grupo de control (n= 181) y al grupo de tratamiento (m=183). Se recogió información acerca del número de caídas a los 12 meses de la</p>

	intervención a través de diarios mensuales y del coste de la intervención.
<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la intervención</b>	Para evaluar el riesgo de sufrir una caídas se utilizó: - Falls risk assessment tool
<b>Tipo de evaluación económica</b>	2. Estudio coste-eficacia
<b>Validez interna del estudio</b>	Buena
<b>Validez externa del estudio</b>	Buena
<b>Calidad del estudio de evaluación económica</b>	Buena
<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	Las diferencias entre grupos en el número de caídas no fueron significativas. A pesar de que el número de caídas en el grupo de intervención fue de 260 y en el grupo control de 417, la media anual de caídas por persona fue similar en ambos grupos. Para el grupo de intervención la media anual de caídas fue de 2.07 y para el grupo de control fue de 2.85. Los autores hacen especial hincapié en el caso de un participante del grupo control que notificó haberse caído en 107 ocasiones a lo largo de 11 meses. Si se excluyen los datos de esta persona, del análisis del grupo total la media anual de caídas por persona en el grupo de control es de 2.24 y continúa siendo mayor que en el grupo de intervención (2.07) pero la diferencia entre grupos sigue sin alcanzar la significación estadística.
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	Los costes del programa de prevención de caídas fueron diferentes para cada participante debido a sus características personales y la diferente utilización de servicios. El grupo de intervención recibió una media de 2.2 (con un intervalo de 0 a 21) sesiones del programa de prevención de caídas y la media de coste por cada sesión fue de £76.33 (con un intervalo de £3.35 a £469.36). En definitiva, el coste medio del servicio de prevención de caídas asciende a £349.03 por participante. Además, los costes atribuidos a los servicios de atención sanitaria utilizados por las personas del grupo de intervención fueron de £1.722 por participante. Con todo, el coste total del programa (más los gastos en atención sanitaria) en el grupo de intervención es de £2.238.
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	El coste de la atención sanitaria para el grupo de control es de £1.659.
<b>Otros resultados</b>	
<b>Limitaciones del estudio</b>	

<b>Conclusiones</b>	<p>El servicio de prevención de caídas tiene como resultado un menor número de caídas en el grupo de intervención pero no se diferencia significativamente del grupo control. En concreto, la intervención evaluada permite evitar unas 0.17 caídas al año por persona (con una media de caídas anuales de 2.24 a 2.07).</p> <p>En relación al coste, se trata de un servicio más costoso y los resultados indican que el coste incremental por cada caída evitada asciende a £3.320. El coste en atención sanitaria para el grupo de intervención (£1.722) es mayor que el del grupo de control (£1.659) pero las diferencias entre grupos no son estadísticamente significativas.</p>
<b>Relación coste-efectividad</b>	<p>Los autores concluyen que el programa de prevención de caídas en el ámbito hospitalario reduce el número de caídas (aunque no de forma significativa) a un mayor coste que la atención ordinaria, por lo que no se trata de un servicio coste-efectivo.</p>

<b>ID Estudio</b>	153
<b>Referencia</b>	Clarkson, P. Et Al. "Targeting, Care Management and Preventative Services for Older People: the Cost Effectiveness of a Pilot Self-Assessment Approach in One Local Authority". <i>British Journal of Social Work</i> , 40, 7, 2010, pp. 2255-2273.
<b>País</b>	Reino Unido
<b>Ámbito geográfico</b>	Local
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Gestión de casos
<b>Población destinataria</b>	Se interviene con personas mayores frágiles, relativamente autónomas, que precisan una baja intensidad de atención y que no cumplirían los requisitos de acceso a los servicios sociales normalmente establecidos en Inglaterra.
<b>Descripción de la intervención</b>	<p>Se trata de un proceso en el que las personas mayores autoevalúan sus necesidades con ayuda de un facilitador (que tiene una formación inferior a la del trabajador social). Estos facilitadores, además de apoyar a la persona mayor en la valoración de sus necesidades, les ofrecen asesoramiento sobre distintos servicios preventivos (no ofrecidos por los servicios sociales municipales) y, en caso de necesitarlos, también les dan acceso a los servicios sociales municipales habituales. Los facilitadores (2 personas) fueron contratados específicamente para este piloto.</p> <p>En Inglaterra, habitualmente, existe un servicio de atención telefónica que filtra el acceso a los servicios de valoración y gestión de casos municipales, de manera que a las personas que tienen claramente un nivel bajo de necesidades, no se les da acceso a la valoración de las mismas (no tienen acceso a los servicios sociales de base). En este caso, la intervención está dirigida precisamente a esta población que normalmente queda fuera del sistema.</p>
<b>Intensidad de la intervención</b>	
<b>Objetivos de la intervención</b>	<p>Incrementar el acceso a servicios comunitarios preventivos</p> <p>Reducir el uso de servicios formales</p> <p>Incrementar el grado de satisfacción de las personas usuarias</p>
<b>Profesionales que intervienen</b>	Técnico superior (formación profesional)
<b>Intervención con la que se compara</b>	Gestión de casos
<b>Descripción de la intervención con la</b>	La intervención con la que se compara es la atención habitual que se presta en los servicios sociales ingleses. Un trabajador social actúa como gestor de

<b>que se compara</b>	casos, valorando las necesidades y coordinando los recursos que la persona necesita. Para este estudio piloto, los gestores de caso también tuvieron acceso a la información sobre servicios preventivos que se les ofreció a los participantes en el grupo de intervención.
<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	<p>A través del centro de atención telefónica (que funciona como filtro a los servicios sociales de base) se identificó a personas mayores en riesgo de dependencia con una necesidad de atención leve (N=100). Estos fueron asignados de forma aleatoria a los grupos de intervención (N=54) y grupo de control (N=46). La asignación la realizó la responsable de equipo mediante números aleatorios.</p> <p>Para ambos grupos (intervención y control) se recogió información sobre: los servicios municipales utilizados; el número de "unidades de asesoramiento" sobre servicios preventivos (es decir, el número de veces en las que se ofreció asesoramiento sobre servicios preventivos, puesto que no se conocía cuántos de los servicios sobre los que se ofreció información y/o asesoramiento fueron utilizados en realidad); estimación (por parte de las profesionales) del tiempo requerido para las diferentes fases de valoración y asesoramiento; y el grado de satisfacción de las personas usuarias.</p> <p>El coste de las intervenciones se calculó a partir de: costes reales de los servicios municipales utilizados; coste estimado del asesoramiento sobre servicios preventivos no municipales (calculando una media de 10 minutos por "unidad de asesoramiento") y el coste estimado de la valoración (tiempo medio estimado dedicado a cada caso por los facilitadores y/o los gestores de caso).</p>
<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la intervención</b>	La principal medida de los beneficios producidos por las intervenciones realizadas se mide a través de un cuestionario de satisfacción. También se recoge la cantidad de información o asesoramiento sobre recursos preventivos recibida por cada grupo.
<b>Tipo de evaluación económica</b>	2. Estudio coste-eficacia
<b>Validez interna del estudio</b>	Pobre
<b>Validez externa del estudio</b>	Buena
<b>Calidad del estudio de evaluación económica</b>	Buena
<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	La intervención consiguió incrementar la cantidad de asesoramiento sobre servicios preventivos ofrecida al grupo de intervención. El acceso a los servicios sociales municipales (fundamentalmente teleasistencia y comidas a domicilio) también fue mayor en el grupo de autovaloración. Los servicios de día fueron más utilizados en el grupo de los gestores de caso. Las personas en el grupo de intervención recibieron información acerca de una mayor variedad de recursos (de media, cada usuario/a recibió información de cuatro recursos diferentes, frente a un solo recurso en el grupo de control).

	<p>En relación a la utilización de recursos de valoración de necesidades, el coste de la valoración de necesidades fue significativamente menor en el grupo de autovaloración que en el grupo de control. Esto contribuyó de manera esencial al coste-efectividad del programa.</p> <p>El grado de satisfacción con la valoración de necesidades fue similar en ambos grupos.</p>
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	167 libras esterlinas (DT 88,77)
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	345 libras esterlinas (DT 96,15)
<b>Otros resultados</b>	
<b>Limitaciones del estudio</b>	No recoge el tiempo dedicado a cada caso, siendo éste un aspecto imprescindible para valorar el coste del servicio, sino una estimación por parte de las profesionales.
<b>Conclusiones</b>	El estudio muestra que la autoevaluación puede ser coste-efectiva a la hora de detectar las necesidades de personas mayores frágiles (en riesgo de dependencia). Con un coste menor, la intervención consiguió una igual satisfacción de las personas usuarias y además se amplió de manera significativa el asesoramiento sobre servicios preventivos ofrecido a estas personas como consecuencia de la valoración realizada. La diferencia de coste entre ambas intervenciones se produjo fundamentalmente gracias a la reducción del tiempo necesario para tramitar las valoraciones y para el papeleo y a que el personal facilitador tenía una cualificación inferior a la de las trabajadoras sociales que habitualmente realizan la gestión de casos.
<b>Relación coste-efectividad</b>	Con un coste menor, la intervención consiguió una igual satisfacción de las personas usuarias y se ofreció un mejor asesoramiento sobre los servicios preventivos disponibles para la población mayor en riesgo de dependencia.

<b>ID Estudio</b>	156
<b>Referencia</b>	Charlesworth, G. Et Al. "Does Befriending by Trained Lay Workers Improve Psychological Well-Being and Quality of Life for Carers of People with Dementia, and at What Cost? A Randomised Controlled Trial". 12, Serie: Health Technology Assessment Report, 4, Southampton, Nihl Coordinating Centre for Health Technology Assessment, 2008, pp. 92.
<b>País</b>	Reino Unido
<b>Ámbito geográfico</b>	Local
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Servicios de acompañamiento
<b>Población destinataria</b>	Cuidadores informales que residen en el domicilio de la persona dependiente y proporcionan como mínimo unas 20 horas de atención semanales. La persona dependiente a la que atienden es un familiar con diagnóstico de demencia progresiva que se encuentra en una primera fase de la enfermedad.
<b>Descripción de la intervención</b>	El servicio de acompañamiento consiste en que los cuidadores informales tienen acceso a una persona voluntaria que proporciona siempre apoyo de tipo emocional (conversación, compañía, etc.). El apoyo proporcionado nunca consiste en realizar tareas de cuidado de la persona dependiente ni tampoco se proporciona asesoramiento.
<b>Intensidad de la intervención</b>	En un principio se prevé que el técnico de acompañamiento realice visitas a domicilio semanales al cuidador informal durante un período de seis meses.
<b>Objetivos de la intervención</b>	Mejorar la calidad de vida
<b>Profesionales que intervienen</b>	
<b>Intervención con la que se compara</b>	Atención habitual
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	
<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	Se trata de un ensayo aleatorio con grupo control cuyo objetivo principal es el determinar si el servicio de acompañamiento es efectivo en comparación con un grupo que recibe la atención habitual. El estudio también busca documentar costes directos e indirectos en ambos grupos y establecer la relación coste-efectividad calculando los costes que corresponden a la administración, al sector voluntario y a la sociedad. La muestra objeto de estudio se compuso de 236 cuidadores informales y se realizó una distribución aleatoria de los grupos. Un total de 116 cuidadores recibieron el servicio de acompañamiento mientras que 120 cuidadores conformaron el grupo de comparación.

	<p>A los 6, 15 y 24 meses, los participantes –del grupo de intervención y del grupo de control– completaron diferentes instrumentos y se recogió información sobre los cuidadores informales y las personas dependientes de diferentes variables: depresión, afecto, carga de trabajo, calidad de la relación, apoyo social, afrontamiento, calidad de vida y coste de ambas intervenciones.</p> <p>A los 24 meses, se realizó el seguimiento de la intervención y en esta ocasión la muestra se compuso de 190 cuidadores informales de los que 93 conformaron el grupo que recibió el servicio de acompañamiento y 97 fueron cuidadores informales del grupo de comparación. Con el transcurso del tiempo se perdió un 19% de muestra inicial.</p>
<p><b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la intervención</b></p>	<p>La depresión fue la principal variable de estudio y como instrumento de medida se utilizó el:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hospital anxiety and depression scale (HAS).</li> </ul> <p>Para medir el afecto o estado ánimo se utilizó:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Positive and negative affect Schedule (PANAS) scale</li> </ul> <p>Para medir la carga de trabajo de los cuidadores el instrumento de medida fue:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Carers assessment of difficulties index (CADI)</li> </ul> <p>Para medir la calidad de la relación se utilizó:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Una escala ad hoc</li> <li>- Mutual comunal behaviours scale (MCBS)</li> </ul> <p>Para medir apoyo social de los cuidadores se utilizaron:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- The practitioner assessment of network type (PANT) scale.</li> <li>- Multidimensional scale of perceived social support (MSPSS)</li> </ul> <p>Para medir las técnicas de afrontamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Brief coping orientation for problem experience (COPE)</li> </ul> <p>Para medir eventos vitales se utiliza:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- List of threatening experiences</li> </ul> <p>Para medir aspectos relacionados con la calidad de vida se utiliza:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- EQ-5D para calcular QALYs.</li> </ul> <p>Para medir el coste asociado a la intervención se realizaron:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevistas semi-estructuradas basadas en el Resource Utilisation in Dementia questionnaire y el Client Service receipt inventory.</li> </ul>
<p><b>Tipo de evaluación económica</b></p>	<p>3. Estudio coste-utilidad</p>
<p><b>Validez interna del estudio</b></p>	<p>Satisfactoria</p>
<p><b>Validez externa del estudio</b></p>	<p>Buena</p>
<p><b>Calidad del estudio de evaluación económica</b></p>	<p>Buena</p>
<p><b>Principales resultados sobre efectividad</b></p>	<p>Los resultados del estudio muestran que no hay diferencias significativas entre el grupo que recibe el servicio y el grupo de comparación en diferentes variables como ansiedad del cuidador, soledad, afecto positivo y estado de salud.</p>

	<p>De la misma manera, en relación a la calidad de vida medida en AVAC (años de vida saludable ganados gracias a la intervención) el estudio no muestra diferencias significativas entre grupos. En concreto, se indica que los AVAC obtenidos para los cuidadores informales gracias a la intervención son de 0.946 y en el grupo control la intervención tradicional ha permitido obtener 0.929 AVAC.</p> <p>Además, los autores indican que en el caso de las personas dependientes, la intervención obtiene un 0.365 de AVAC y el resultado de la intervención del grupo control es de 0.314 AVAC.</p>
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	<p>El coste total de la intervención desde un punto de vista de la sociedad fue de £1.813 más en el servicio de acompañamiento que en la intervención tradicional del grupo de control. Sin embargo, las diferencias en coste entre grupos no fueron significativas.</p> <p>El coste extra por cada AVAC obtenido gracias a la intervención es de £105.954</p>
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	
<b>Otros resultados</b>	
<b>Limitaciones del estudio</b>	<p>La limitación principal del estudio concierne a la selección de los participantes. En este sentido, los autores sugieren que sería necesario garantizar la selección de usuarios motivados y contar con un protocolo que permita seleccionar a los sujetos y conseguir captar a aquellos cuidadores que se puedan beneficiar de este tipo de intervención.</p>
<b>Conclusiones</b>	<p>El tener acceso a un servicio de acompañamiento no mejora significativamente la calidad de vida de los usuarios. Sin embargo, sí es interesante destacar que para un grupo reducido de cuidadores informales la intervención sí permitió reducir la puntuación en la escala de depresión pero si se analizan las diferencias entre grupos –intervención y control– en la escala de depresión las diferencias no son significativas.</p>
<b>Relación coste-efectividad</b>	<p>Los resultados obtenidos no muestran evidencia empírica de que la intervención evaluada (servicio de acompañamiento) sea coste efectiva.</p> <p>El coste de la intervención por AVAC ganado fue de 105.954 libras esterlinas, muy por encima de lo que se suele considerar el umbral de disposición social a pagar un AVAC. La probabilidad de que la intervención sea coste-eficaz es del 42% a una disposición social a pagar de menos de 30.000 libras esterlinas por AVAC.</p>

<b>ID Estudio</b>	158
<b>Referencia</b>	O'Reilly, J. Et Al. "Post-Acute Care for Older People in Community Hospitals. A Cost-Effectiveness Analysis Within a Multi-Centre Randomised Controlled Trial". <i>Age and Ageing</i> , 37, 5, 2008, pp. 513-520.
<b>País</b>	Reino Unido
<b>Ámbito geográfico</b>	Local
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Coordinación servicios socio-sanitarios
<b>Población destinataria</b>	Personas mayores hospitalizadas, médicamente estables, que tras haber sido atendidas en la unidad de agudos necesitaban un servicio de rehabilitación como paso previo a su vuelta al domicilio.
<b>Descripción de la intervención</b>	Las experiencias de coordinación que se analizan son servicios de atención intermedia que se proporcionan en hospitales comunitarios y consisten en servicios de convalecencia que atienden a personas que han estado ingresadas en unidades de agudos y necesitan cuidados prolongados para poder regresar a sus domicilios.
<b>Intensidad de la intervención</b>	
<b>Objetivos de la intervención</b>	Mejorar la calidad de vida
<b>Profesionales que intervienen</b>	Equipo multidisciplinar
<b>Intervención con la que se compara</b>	Atención hospitalaria
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	
<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	<p>Es un ensayo aleatorio que tiene como objetivo evaluar la relación coste-efectividad de los servicios de atención intermedia en hospitales comunitarios en comparación con la atención hospitalaria tradicional.</p> <p>La muestra objeto de estudio se compuso de un total de 490 personas mayores hospitalizadas que necesitaban cuidados de convalecencia como paso previo a su regreso al domicilio. La distribución a los grupos se realizó de manera aleatoria, 280 personas mayores conformaron el grupo que recibió atención intermedia y un grupo de 210 personas recibieron la atención hospitalaria tradicional (grupo de control).</p> <p>Los participantes seleccionados provinieron de 7 hospitales comunitarios (en los que se proporcionó la intervención evaluada) y de 5 hospitales generales.</p> <p>A los seis meses del inicio de la intervención se realizó la recogida de datos sobre la calidad de vida, la utilización de los recursos y los costes de cada una de las dos intervenciones.</p>

<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la intervención</b>	<p>Para medir la calidad de vida obtenida gracias a la intervención se utilizó:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- EuroQol EQ-5D. Las puntuaciones de este instrumento se convirtieron en AVAC (años de calidad de vida con salud)</li> </ul> <p>Para medir la utilización de los recursos se diseñó:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un cuestionario ad hoc que recogía datos sobre la utilización de recursos: admisiones hospitalarias, centros de día, departamentos médicos generales y de atención ambulatoria, utilización de servicios fuera de horas, visitas domiciliarias por personal sanitario o de atención social, residencias, ayudas y adaptaciones</li> </ul>
<b>Tipo de evaluación económica</b>	3. Estudio coste-utilidad
<b>Validez interna del estudio</b>	Pobre
<b>Validez externa del estudio</b>	Buena
<b>Calidad del estudio de evaluación económica</b>	Buena
<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	A los seis meses de intervención, hubo una diferencia de 0,048 AVAC a favor del grupo experimental, aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas.
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	<p>El servicio de atención intermedia tuvo una media de costes sanitarios y sociales de £8.946.</p> <p>El análisis del ratio coste-utilidad indica que el servicio de atención intermedia está asociado a un coste adicional de £16.324 por cada AVAC alcanzado.</p>
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	La atención hospitalaria tradicional tuvo una media de costes sanitarios y sociales de £8.226.
<b>Otros resultados</b>	<p>En relación al coste, el servicio de rehabilitación tuvo un coste de £720 más por paciente en comparación con la atención hospitalaria tradicional. Sin embargo, la diferencia entre los grupos no fue significativa.</p> <p>Con respecto a la utilización de servicios, la cantidad de recursos sanitarios y sociales empleados fue similar en ambos grupos.</p>
<b>Limitaciones del estudio</b>	<p>La discapacidad cognitiva de gran parte de la muestra. Los autores señalan que la media de edad de las personas que participan en el estudio es de 86 años lo que hace que en muchas ocasiones la capacidad cognitiva no sea la adecuada.</p> <p>Otra limitación a destacar concierne a los costes de algunos centros hospitalarios. En este sentido, se señala que los costes de algunos de los hospitales fueron atribuidos y el coste que se les asignó no siempre correspondía con el coste real.</p>

<b>Conclusiones</b>	<p>El número de pacientes que indicó utilizar recursos sanitarios y sociales fue similar en ambos grupos. El hallazgo principal es que los resultados en salud y en costes entre los dos servicios fueron similares.</p> <p>A juicio de los autores, el hallazgo principal del estudio es que los resultados en salud y en costes entre los dos servicios –servicios de atención intermedia y atención tradicional– fueron similares. Con una disposición social a pagar de 10.000 libras esterlinas por AVAC ganado, el servicio de atención intermedia sería coste-efectivo en un 47% de los casos y elevando el umbral 30.000 libras esterlinas por AVAC ganado, sólo sería coste-efectivo en un 50% de los casos.</p>
<b>Relación coste-efectividad</b>	<p>Los autores concluyen que la relación coste-efectividad de los servicios de atención intermedia en hospitales comunitarios es similar a la atención hospitalaria tradicional.</p>

<b>ID Estudio</b>	162
<b>Referencia</b>	Markle-Reid, M. Et Al. "The Effectiveness and Efficiency of Home-Based Nursing Health Promotion for Older People: a Review of the Literature". Medical Care Research and Review, 63, 5, 2006, pp. 531-569.
<b>País</b>	
<b>Ámbito geográfico</b>	
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Autocuidado
<b>Población destinataria</b>	Personas mayores que viven en el domicilio
<b>Descripción de la intervención</b>	Se analizan diferentes programas de visitas domiciliarias preventivas que comparten una estrategia común de promoción sanitaria. Los programas revisados en este documento abarcan diferentes tipos de servicios: educación para la salud en nutrición, ejercicio, manejo del estrés, atención por parte de enfermeras, etc.
<b>Intensidad de la intervención</b>	
<b>Objetivos de la intervención</b>	Mejorar el estado de salud de las personas usuarias Retrasar o evitar la institucionalización Reducir el uso de servicios sanitarios Mejorar o mantener la capacidad funcional Incrementar el grado de satisfacción de las personas usuarias
<b>Profesionales que intervienen</b>	
<b>Intervención con la que se compara</b>	Ninguna intervención
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	
<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	Se trata de una revisión de la literatura sobre eficacia y eficiencia de programas de visitas a domicilio para personas mayores con carácter preventivo. De un total de 344 estudios se revisaron 12 estudios con grupo control aleatorio y en el artículo se presenta una síntesis de cada uno de dichos estudios.
<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir</b>	

<b>los resultados de la intervención</b>	
<b>Tipo de evaluación económica</b>	5. No aplicable
<b>Validez interna del estudio</b>	No aplicable
<b>Validez externa del estudio</b>	No aplicable
<b>Calidad del estudio de evaluación económica</b>	No aplicable
<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	<p>De los doce estudios revisados once tienen como uno de sus objetivos principales el mejorar el estado de salud. De estos once estudios en cuatro se muestran efectos significativos de la intervención en una menor tasa de mortandad en comparación con el grupo control.</p> <p>Por otra parte, la mitad de los estudios analizados (n=6) evaluaron depresión, estatus psicológico, ansiedad, soledad y apoyo social percibido y en uno de ellos la intervención a domicilio mostró efectos favorables en la reducción de los niveles de depresión.</p> <p>Once estudios investigaron el efecto de la intervención sobre el uso de servicios residenciales. En cinco de estos estudios el grupo de intervención hizo un uso significativamente menor de estos recursos.</p> <p>Uno de los estudios que analizó de forma combinada los resultados sobre mortalidad e institucionalización encontró que más participantes del grupo de intervención estaban vivos y fuera del ámbito residencial a los dos y tres años de seguimiento posteriores a la intervención.</p> <p>De los doce estudios revisados nueve programas de intervención tenían como objetivo el retrasar o evitar la institucionalización. En concreto, en cinco estudios la intervención de las visitas domiciliarias resultó en un número significativamente menor de hospitalizaciones y un número menor de días de hospitalización.</p> <p>En cinco de once estudios que tienen como objetivo reducir el uso de servicios sanitarios, los resultados indican que las visitas domiciliarias tuvieron un efecto significativo en un menor uso de los servicios de enfermería, reduciendo así, en parte, el coste.</p> <p>Además, en seis de estos nueve estudios la intervención a domicilio promovió un mayor uso de servicios de atención primaria, servicios comunitarios y servicios que promueven la socialización.</p> <p>Por otra parte, los resultados muestran que en cuatro de ocho estudios que analizaron los logros funcionales de los usuarios el grupo control experimentó resultados positivos en esta variable.</p> <p>Uno de los doce estudios revisados analizó el efecto de la intervención en los cuidadores informales. Este trabajo encontró un nivel de satisfacción significativamente más alto en el grupo de tratamiento.</p>

<b>Coste de la intervención evaluada</b>	
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	
<b>Otros resultados</b>	
<b>Limitaciones del estudio</b>	
<b>Conclusiones</b>	<p>Los autores concluyen que los resultados sugieren que los programas de visitas domiciliarias preventivas pueden influir favorablemente en el estatus físico y funcional de sus usuarios, en las tasas de mortandad, en el uso de hospitales y centros residenciales así como en sus costes.</p> <p>Además, los resultados muestran que aquellas intervenciones en las que las enfermeras muestran un rol más intensivo a la hora de identificar problemas parecen ser más efectivas que aquellas en las que el foco de atención es un problema único y la provisión de información o apoyo emocional.</p>
<b>Relación coste-efectividad</b>	<p>De los 12 estudios analizados solamente uno llevo a cabo un análisis completo de coste-efectividad. Este trabajo concluyó que el coste para cada año de vida sin discapacidad que se obtiene gracias a la intervención es de alrededor de 6.000\$. Esta cifra se obtiene de contar el número de días de estancias en hospital o residencias que fueron evitados.</p> <p>Otros cinco estudios compararon los costes generados por la intervención y los costes evitados gracias a ella. Tres de estos estudios mostraron que se obtenía un ahorro de recursos económicos gracias al menor de servicios residenciales.</p>

<b>ID Estudio</b>	169
<b>Referencia</b>	Richards, K.C. Et Al. "Effect of Individualized Social Activity on Sleep in Nursing Home Residents with Dementia". <i>Journal of the American Geriatrics Society</i> , 53, 9, 2005, pp. 1510-1517.
<b>País</b>	Estados Unidos
<b>Ámbito geográfico</b>	Local
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Individualización de la atención
<b>Población destinataria</b>	Personas mayores con demencia que viven en residencias
<b>Descripción de la intervención</b>	Se trata de un programa individualizado que promueve la realización de actividades de tipo social encaminadas a reducir las horas de sueño durante el día, mejorar la calidad del sueño por la noche y reducir la ratio de sueño día/noche.
<b>Intensidad de la intervención</b>	Se ofrecen sesiones de actividades sociales de una o dos horas de duración durante 21 días consecutivos.
<b>Objetivos de la intervención</b>	Mejorar la calidad de vida
<b>Profesionales que intervienen</b>	
<b>Intervención con la que se compara</b>	Servicios comunitarios en general
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	Las personas del grupo control reciben la atención habitual de la residencia.
<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	<p>Es un estudio pre-post aleatorio con grupo de control.</p> <p>Los objetivos del estudio fueron medir la eficacia y determinar el coste de la intervención (individualized social activity intervention) en el patrón de vigilia/sueño de las personas mayores con demencia.</p> <p>La muestra se compuso de 139 personas mayores con demencia que provenían de 7 residencias diferentes que fueron distribuidas aleatoriamente al grupo de intervención y al grupo de control. El grupo que recibió la intervención se compuso de 71 personas mayores con demencia y del grupo de control tomaron parte 68 personas.</p> <p>Se recogieron datos sobre el patrón de sueño de los participantes antes de iniciarse la intervención y en el momento de finalizar, a los 21 días.</p> <p>La intervención consistió en la selección de 100 actividades por parte de dos terapeutas. Se elaboró un listado que agrupaba las actividades más apropiadas para cada persona (por ejemplo, escuchar música, mirarse en el espejo, tener un gato de peluche, lanzar una pelota, escribir una carta, etc.). La mayoría de las actividades estaban previstas para ser realizadas de manera indi-</p>

	<p>vidual aunque el listado también contaba con actividades a realizar en grupos de dos personas.</p> <p>Los terapeutas diseñaron una intervención individualizada en función de los intereses, cognición, estatus funcional y ritmos de sueño de cada persona mayor.</p> <p>Una vez que la intervención estaba diseñada, se formó a varias ATS para que llevaran a cabo la realización de actividades (40 horas de formación).</p> <p>El grupo de personas del grupo de intervención recibió de 1 a 2 horas de actividades sociales en sesiones de 15 a 30 minutos durante 21 días consecutivos en horario de 9 a 17h. A este grupo no se le permitió dormir durante el día y la siesta después de comer tuvo como máximo una hora de duración.</p> <p>Con el objeto de controlar el buen desarrollo de las actividades se grabaron las sesiones de actividades.</p> <p>La medición del patrón de sueño se realizó con un instrumento específico (actigraph) que recogió información durante los días 1-5 del inicio de la intervención y los últimos tres días de la intervención (días 17-21) tanto en el grupo de intervención como en el grupo de control.</p>
<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la intervención</b>	<p>En este estudio se utilizaron:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mini mental state examination score (MMSE) para indicar el grado de demencia.</li> <li>- Actigraph (Ambulatory monitoring) para medir las variables de sueño/vigilia. Este instrumento se compone de un acelerómetro electrónico en forma de pulsera que convierte el movimiento mecánico en una señal electrónica.</li> </ul>
<b>Tipo de evaluación económica</b>	98. Estudio de costes
<b>Validez interna del estudio</b>	Pobre
<b>Validez externa del estudio</b>	Buena
<b>Calidad del estudio de evaluación económica</b>	No aplicable
<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	<p>El grupo que forma parte de la intervención experimenta una reducción significativa de horas de sueño durante el día en comparación con el grupo control.</p> <p>Además, se reduce la ratio de sueño día/noche en el grupo de tratamiento.</p> <p>Sin embargo, los grupos no presentan diferencias significativas en las medidas de sueño nocturno. Se reduce la ratio de sueño día/noche en el grupo de tratamiento.</p> <p>Los grupos no presentan diferencias en las medidas de sueño nocturno.</p>
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	<p>El coste medio de administración del programa de actividades por individual es de 70\$ semanales.</p> <p>El coste de formación del personal de las residencias para poner en marcha el programa de actividades fue de 1.200\$</p> <p>El coste total de las actividades fue de 765\$ y el coste medio estimado por</p>

	<p>actividad fue de 5\$.</p> <p>Los costes administrativos fueron de 28\$ por una hora de evaluación por parte de una enfermera y de 19\$ si la evaluación corría a cargo de un terapeuta recreativo.</p>
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	<p>No se ofrecen datos del coste de la atención habitual.</p>
<b>Otros resultados</b>	
<b>Limitaciones del estudio</b>	
<b>Conclusiones</b>	<p>Los resultados de este programa de intervención muestran que los participantes (personas mayores con demencia) se implican en la realización de actividades durante el día y el tiempo que dedicaban a dormir durante el día es significativamente menor que el del grupo de control. En concreto, los usuarios de la intervención pasan de tener una media de 2 horas de sueño diurno a una media de 1,25 horas.</p> <p>Además, los resultados de la intervención muestran una mejora en la ratio de sueño día/noche. Sin embargo, el sueño nocturno no mejora significativamente con la participación en el programa de actividades.</p> <p>Al analizar los resultados obtenidos por un subgrupo de participantes con una eficiencia del sueño menor del 50%, sí se obtuvieron resultados positivos: se redujo el tiempo necesario para quedarse dormido (38 minutos menos), el tiempo durante el que permanecían despiertos por la noche (1 hora menos), se despertaban más tarde (40 minutos) y mejoraban su eficiencia de sueño un 7%.</p> <p>Estos resultados fueron mejores que los que se consiguen con los fármacos más habituales (zolpidem).</p> <p>Los autores señalan que este tipo de intervenciones pueden ser una alternativa a la prescripción de medicamentos dirigidos a mejorar el patrón de sueño de personas mayores con demencia.</p>
<b>Relación coste-efectividad</b>	<p>No se apreció una mejora significativa para el conjunto de personas con demencia, aunque sí se obtuvieron resultados positivos para la submuestra de personas con una eficiencia del sueño muy baja (menor que el 50%).</p> <p>Estos resultados se obtienen a un coste de 70\$ semanales por persona usuaria.</p> <p>Los autores señalan que este tipo de intervenciones pueden ser una alternativa a la prescripción de medicamentos dirigidos a mejorar el patrón de sueño de personas mayores con demencia.</p>

<b>ID Estudio</b>	170
<b>Referencia</b>	Wagner, L.M. Et Al. "Description of an Advanced Practice Nursing Consultative Model to Reduce Restrictive Side-rail Use in Nursing Homes". <i>Research in Nursing and Health</i> , 30, 2, 2007, pp. 131-140.
<b>País</b>	Estados Unidos
<b>Ámbito geográfico</b>	Local
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Prevención de caídas
<b>Población destinataria</b>	Personas mayores con discapacidad física y cognitiva que viven en residencias y que presentan riesgo de sufrir caídas.
<b>Descripción de la intervención</b>	Las enfermeras especializadas realizan una evaluación de las personas mayores que están en residencias y utilizan barandillas de seguridad en las camas. Estas profesionales proponen una serie de recomendaciones de cara a la eliminación de este tipo de ayudas técnicas.
<b>Intensidad de la intervención</b>	
<b>Objetivos de la intervención</b>	Prevención de caídas
<b>Profesionales que intervienen</b>	Enfermera
<b>Intervención con la que se compara</b>	Ninguna intervención
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	
<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	<p>Es un estudio pre-post en el que participaron cuatro residencias para personas mayores de tamaño mediano (entre 120 y 135 camas). Se contactó con todos los usuarios que hacían uso de barandillas de seguridad en las camas y se les propuso participar en el estudio. Un total de 273 residentes decidieron tomar parte de la intervención de manera voluntaria.</p> <p>A lo largo de los primeros 3-6 meses las enfermeras especializadas valoraron la situación de cada participante (historia médica, entrevista, medicación, evaluación del entorno etc.) y realizaron recomendaciones de cara a retirar las barandillas de seguridad de las camas.</p> <p>Las recomendaciones propuestas por las enfermeras fueron realizadas en base a diferentes categorías: movilidad, riesgo de hacerse daño, incontinencia nocturna, sueño, consultar a otros especialistas y modificación en la barandilla (por ejemplo, modificar su largura)</p>
<b>Descripción de los instrumentos utili-</b>	Se utilizó el Individualized Assessment for evaluation of siderail use para identificar factores que influyen de manera global el uso que se hace en cada

<b>zados para medir los resultados de la intervención</b>	residencia de las barandillas de seguridad en las camas.
<b>Tipo de evaluación económica</b>	98. Estudio de costes
<b>Validez interna del estudio</b>	Pobre
<b>Validez externa del estudio</b>	Limitada
<b>Calidad del estudio de evaluación económica</b>	No aplicable
<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	Los resultados muestran que la intervención proporciona una evaluación de la situación de la persona mayor que permite evaluar el riesgo de posibles caídas.
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	La media del coste de cada intervención propuesta fue de 135\$ (rango desde 0\$-1534\$) Las personas con una historia previa de caídas tienen un coste de recomendaciones más elevado que el resto del grupo.
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	
<b>Otros resultados</b>	El estudio proporciona una descripción de las características de los participantes (sociodemográficas, hábitos de sueño, medicamentos, etc.) La media de recomendaciones por participante fue de 5 y el rango de 1-11. Las recomendaciones se centraron en: <ul style="list-style-type: none"><li>- 47% mejorar la movilidad</li><li>- 19% reducir las barandas</li><li>- 13,6% reducir el riesgo de hacerse daño con las barandas</li><li>- 7.2% manejar la incontinencia nocturna</li><li>- 5.8% mejorar el sueño</li><li>- 5.7% obtener consulta de especialistas</li><li>- 1.6% promover el confort</li></ul> Las recomendaciones más prevalentes fueron: <ul style="list-style-type: none"><li>- La terapia restaurativa de las enfermeras (62.3%) o intervenciones por parte de las enfermeras dirigidas a mejorar y/o mantener un funcionamiento físico y psicosocial adecuado.</li><li>- Promover alternativas a las barandas (51.3%)</li></ul>
<b>Limitaciones del estudio</b>	En el cálculo del coste de la intervención no se tuvo en cuenta el tiempo invertido por cada enfermera en la puesta en marcha de esta intervención.
<b>Conclusiones</b>	El estudio no recoge información sobre si se reduce el número de caídas gracias a la intervención, solamente presenta datos descriptivos de la intervención y del coste de la misma.

**Relación coste-efectividad**

<b>ID Estudio</b>	177
<b>Referencia</b>	Leunt, A.C. Et Al. "Cost-Benefit Analysis of a Case Management Project for the Community-Dwelling Frail Elderly in Hong Kong". <i>Journal of Applied Gerontology</i> , 23, 1, 2004, pp. 170-185.
<b>País</b>	China
<b>Ámbito geográfico</b>	Local
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Gestión de casos
<b>Población destinataria</b>	Personas mayores que acaban de recibir el alta hospitalaria y sufren una enfermedad crónica (enfermedad pulmonar, accidente cardiovascular, diabetes, enfermedad cardíaca) y requieren atención a domicilio
<b>Descripción de la intervención</b>	<p>Los usuarios reciben los siguientes servicios por parte de un gestor de casos (trabajador social y/o enfermera):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Visitas frecuentes (generalmente 2 veces por semana) y consultas telefónicas</li> <li>- Evaluaciones geriátricas exhaustivas</li> <li>- Plan de actuación (diseño, puesta en marcha y evaluación)</li> <li>- Derivación a servicios sociales y de salud</li> <li>- Supervisión mensual del estado de salud y protocolo electrónico de hospitalización</li> <li>- Asesoramiento sanitario y psicológico in situ y vía telefónica</li> <li>- Programas de educación para la salud</li> <li>- Grupos de apoyo y clases educativas para personas mayores y para cuidadores.</li> </ul> <p>En Hong Kong los sistemas convencionales de salud y servicios sociales se encuentran muy distanciados. La coordinación y colaboración entre ambos sistemas no es la adecuada y esto tiene un efecto adverso claro en la atención que reciben los usuarios.</p>
<b>Intensidad de la intervención</b>	
<b>Objetivos de la intervención</b>	<p>Reducir el uso de servicios hospitalarios</p> <p>Mejorar el estado de salud de las personas usuarias</p> <p>Reducir la carga de trabajo de las personas cuidadoras</p>
<b>Profesionales que intervienen</b>	
<b>Intervención con la que se compara</b>	Atención habitual

<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	Los servicios comunitarios tradicionales consisten en visitas domiciliarias que proporcionan atención social y sanitaria, visitas de enfermeras y servicio de ayuda doméstica.
<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	La muestra se compuso de 260 personas mayores que estaban ingresadas en un hospital de rehabilitación. Se distribuyó la muestra de manera aleatoria al grupo de intervención (n=130) y al grupo de control (n=130) Una vez que fue realizada la asignación aleatoria de todos los sujetos, se realizó una evaluación de todos los participantes en ambos grupos. Dicha evaluación fue llevada a cabo de nuevo con una periodicidad semestral con el objeto de controlar las condiciones de salud de los participantes con el paso del tiempo.
<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la intervención</b>	Se utilizó el Minimum data set-home care para conocer las condiciones de salud de los participantes.
<b>Tipo de evaluación económica</b>	2. Estudio coste-eficacia
<b>Validez interna del estudio</b>	Buena
<b>Validez externa del estudio</b>	Buena
<b>Calidad del estudio de evaluación económica</b>	Buena
<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	<p>El grupo de tratamiento ofrece mejores resultados en el número total de ingresos hospitalarios no planificados.</p> <p>La intervención del grupo de tratamiento hace que el descenso en el número total de ingresos sea del 36,8% y en el grupo de control el descenso es de 20,4%.</p> <p>El número de días de ingreso desciende en un 53.1% en el grupo de tratamiento y en el grupo de control el descenso es del 4.4%</p> <p>Se incrementó el uso de servicios sanitarios comunitarios y del hospital de día geriátrico.</p> <p>De todas las variables sobre estado de salud que mide el MDS-AC, sólo se apreció una mejora significativa en los ítems relacionados con el estado de ánimo y en la incontinencia.</p> <p>El número de horas de atención informal fue ligeramente superior en el grupo de intervención que en el grupo de control, aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas.</p>
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	Teniendo en cuenta el coste de la intervención y de los servicios sanitarios (hospitalarios y comunitarios) utilizados, la intervención produjo un ahorro de 170.090 dólares.

<b>Coste de la intervención de comparación</b>	En el grupo de control el ahorro total fue de 12.526\$.
<b>Otros resultados</b>	<p>Todos los participantes (grupo control y tratamiento) mejoran significativamente su estado de salud y la necesidad de apoyo informal.</p> <p>Hay una tendencia a utilizar servicios sanitarios basados en la comunidad, especialmente hospitales de día geriátricos, entre los participantes a los 6 meses del inicio de la intervención.</p> <p>El nivel de salud en el grupo de intervención mejora, sobre todo en lo que se refiere a control de continencia y estado de ánimo. Asimismo, los resultados también muestran una tendencia a un mejor funcionamiento mental, apoyo conductual e informal.</p>
<b>Limitaciones del estudio</b>	
<b>Conclusiones</b>	La gestión de casos evaluada en este trabajo obtiene resultados positivos ya que el grupo de intervención muestra una reducción significativa en el uso de recursos hospitalarios y en el número de días por cada estancia hospitalaria.
<b>Relación coste-efectividad</b>	Los autores concluyen que la gestión de casos evaluada es coste- efectiva ya que se consigue reducir el uso de recursos hospitalarios y se obtiene un ahorro medio de \$166.564 en recursos sanitarios en el grupo de intervención en comparación con el grupo control.

<b>ID Estudio</b>	178
<b>Referencia</b>	Spreat, S. Et Al. "A Cost-Benefit Analysis of Community and Institutional Placements for Persons with Mental Retardation in Oklahoma". <i>Research in Developmental Disabilities</i> , 26, 1, 2005, pp. 17-31.
<b>País</b>	Estados Unidos
<b>Ámbito geográfico</b>	
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Fórmulas de alojamiento en la comunidad
<b>Población destinataria</b>	Personas con retraso mental
<b>Descripción de la intervención</b>	Los servicios de alojamiento que se evalúan son servicios comunitarios y de carácter intermedio (ICFs/MR Intermediate care facilities for -people with mental retardation).
<b>Intensidad de la intervención</b>	
<b>Objetivos de la intervención</b>	Incrementar la autodeterminación o autocontrol de las personas usuarias Mejorar el estado de salud de las personas usuarias
<b>Profesionales que intervienen</b>	
<b>Intervención con la que se compara</b>	Atención residencial
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	Son servicios de alojamiento en instituciones (waiver settings).
<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	Es un estudio con grupo control no aleatorio. La muestra de estudio se compone de 174 personas con retraso mental que viven en fórmulas de alojamiento en la comunidad y que fueron emparejadas a 174 personas con retraso mental que residían en instituciones. Con el objeto de realizar una evaluación cualitativa de los participantes, se realizaron entrevistas personales en el lugar de residencia de los participantes. La información recogida en ambos grupos concierne a: características demográficas, conducta adaptativa, salud y seguridad, integración comunitaria, contacto familiar, intensidad del servicio, productividad y costes.
<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la intervención</b>	Se utilizó el Developmental disabilities quality assurance questionnaire (DDQAQ). Este cuestionario se compone de diferentes escalas que identifican aspectos clave en la calidad del servicio. Este instrumento se compone de las siguientes secciones: conducta adaptativa, conducta desafiante, condiciones de la vivienda, salud, interacciones sociales, integración comunitaria, planificación del servicio y satisfacción del usuario.

	<p>Se trata de un instrumento que el estado de Oklahoma administra a todas las personas con discapacidad intelectual usuarias de sus servicios.</p> <p>En este trabajo se ha tenido acceso a la información que proporciona dicha escala y las variables analizadas han sido:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conducta adaptativa: una escala adaptada del American association on mental retardation's adaptive behavior scale</li> <li>- Indicadores de atención médica</li> <li>- Integración comunitaria</li> <li>- Contacto con la familia: frecuencia del contacto, de las visitas, etc.</li> <li>- Intensidad del servicio: formación de capacitación, servicios de asistencia a domicilio (homemaker), terapia ocupacional, terapia física, psicoterapia, servicios de enfermería, servicios psiquiátricos, formación en comunicación y servicios de audiología.</li> <li>- Productividad: número de horas invertidas en tareas profesionales: formación pre-profesional, talleres protegidos, trabajo protegido y trabajo competitivo.</li> <li>- Ítems individuales específicos: edad, género, diagnóstico de discapacidad, etc.</li> </ul>
<b>Tipo de evaluación económica</b>	2. Estudio coste-eficacia
<b>Validez interna del estudio</b>	Satisfactoria
<b>Validez externa del estudio</b>	Buena
<b>Calidad del estudio de evaluación económica</b>	Aceptable
<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	<p>Las personas que viven en fórmulas de alojamiento en comunidad experimentan más oportunidades de participar en la vida comunitaria y reciben más servicios en comparación con el grupo control.</p> <p>Sin embargo, las oportunidades profesionales son mayores para el grupo de personas institucionalizadas en comparación con aquellos que viven en comunidad.</p>
	No hubo diferencias en salud entre ambos grupos.
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	En las viviendas comunitarias el coste medio por año es de 123.384\$.
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	En las residencias el coste medio por año es de 138.720\$.
<b>Otros resultados</b>	<p>El contacto con la familia de origen es significativamente menor en las fórmulas de alojamiento en comunidad en comparación con el grupo control.</p> <p>Los programas comunitarios son mejores a la hora de individualizar las necesidades del personal de los centros y no ofrecen servicios cuando el centro está vacío.</p>

<b>Limitaciones del estudio</b>	
<b>Conclusiones</b>	A la luz de los datos, los autores concluyen que hay mayores niveles de servicio e integración en el grupo de personas que viven en fórmulas de alojamiento en comunidad y más oportunidades profesionales para las personas que conforman el grupo de control.
<b>Relación coste-efectividad</b>	El coste es significativamente menor en las fórmulas de alojamiento en comunidad en comparación con la atención residencial tradicional. Los autores concluyen que este tipo de recurso es coste-efectivo ya que el coste menor y las personas con retraso mental obtienen mejores resultados. Los costes asociados a las viviendas comunitarias son significativamente menores que los de las residencias ya que se invierte menos dinero en la actividad profesional de los usuarios así como en servicios de apoyo (ayuda doméstica, servicio de comida y enfermería).

<b>ID Estudio</b>	180
<b>Referencia</b>	Stuck, A.E. Et Al. "A Trial of Annual In-Home Comprehensive Geriatric Assessments for Elderly People Living in the Community". The New England Journal of Medicine, 333, 18, 1995, pp. 1184-1189.
<b>País</b>	Estados Unidos
<b>Ámbito geográfico</b>	Local
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Visitas domiciliarias preventivas
<b>Población destinataria</b>	Personas mayores de 75 o más años que viven en sus domicilios. Los criterios de exclusión fueron: retraso cognitivo severo, problemas lingüísticos, plan de mudarse a una residencia o a otra vivienda, enfermedad terminal, participación en otro estudio con grupo control aleatorio y discapacidad funcional significativa.
<b>Descripción de la intervención</b>	<p>La intervención consiste en una serie de visitas a domicilio en las que se realiza una evaluación geriátrica exhaustiva.</p> <p>La evaluación geriátrica consiste en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluación médica: historia médica y en pruebas físicas (análisis orina, sangre...), salud bucal, equilibrio, medicación, peso, visión y oído.</li> <li>- Estatus funcional</li> <li>- Salud mental</li> <li>- Apoyo social: red y calidad</li> <li>- Vivienda: seguridad y accesibilidad</li> </ul> <p>Dicha valoración consiste en evaluar los posibles problemas y los posibles factores de riesgo de padecer una discapacidad. Además, la evaluación cuenta con recomendaciones específicas entre las que destacan las de la educación para la salud.</p> <p>Una vez realizada la evaluación se realiza un seguimiento trimestral con el objeto de supervisar la puesta en marcha de lo recomendado y para detectar posibles nuevos problemas.</p> <p>La intervención tuvo lugar durante tres años y con carácter anual se realizó una evaluación geriátrica exhaustiva en el domicilio de los participantes.</p>
<b>Intensidad de la intervención</b>	
<b>Objetivos de la intervención</b>	<p>Mejorar o mantener la capacidad funcional</p> <p>Retrasar o evitar la institucionalización</p> <p>Reducir el uso de servicios hospitalarios</p>
<b>Profesionales que intervienen</b>	Equipo multidisciplinar
<b>Intervención con la</b>	Atención habitual

<b>que se compara</b>	
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	Atención medica
<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	Los participantes fueron asignados de forma aleatoria a los grupos de tratamiento (n= 215) y control (n= 199). La intervención se mantuvo durante 3 años. Se recogieron datos de la actividad funcional (realización de actividades de la vida cotidiana) de los usuarios mediante entrevistas.
<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la intervención</b>	Geriatric depression scale
<b>Tipo de evaluación económica</b>	2. Estudio coste-eficacia
<b>Validez interna del estudio</b>	Satisfactoria
<b>Validez externa del estudio</b>	Buena
<b>Calidad del estudio de evaluación económica</b>	Buena
<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	<p>Se reduce de manera significativa el número de personas que requieren asistencia en la realización de tareas de la vida cotidiana en el grupo de personas que reciben las visitas domiciliarias preventivas. La probabilidad de ser dependiente en las ABVD fue un 60% menor el grupo de intervención</p> <p>Se reduce de manera significativa el número de ingresos en residencias de larga estancia en el grupo de intervención en comparación con el grupo control.</p> <p>No hubo una reducción significativa del número de admisiones hospitalarias. La duración media de las estancias fue de 6,3 días en el grupo de intervención y 5,1 días en el grupo de control. Esta diferencia tampoco resultó estadísticamente significativa.</p>
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	Se mide el efecto de la intervención en base a: - El número de años de discapacidad ganados. Los datos apuntan a que por cada año de vida ganado sin discapacidad la intervención permite ahorrar un total de \$6.000 - El número de días en alojamiento residencial que fueron evitados. En este sentido, el coste de prevención por día de alojamiento de larga estancia en una residencia fue de \$35 en el grupo de intervención.

<b>Coste de la intervención de comparación</b>	
<b>Otros resultados</b>	<p>Anualmente cada participante recibió una media de 5.9 recomendaciones sobre autocuidado, 3.3 sobre discutir problemas o terapia de fisioterapia con carácter opcional y 2.3 recomendaciones sobre la utilización de servicios comunitarios.</p> <p>En general, los participantes hicieron caso de las recomendaciones en un 47%. Un 39% no siguió las recomendaciones y un 14% hizo caso en parte.</p>
<b>Limitaciones del estudio</b>	
<b>Conclusiones</b>	<p>Los autores concluyen que un programa de visitas domiciliarias que realiza evaluaciones geriátricas en profundidad puede retrasar el desarrollo de la discapacidad y puede reducir las estancias residenciales de carácter permanente de las personas mayores que viven en sus domicilios.</p>
<b>Relación coste-efectividad</b>	<p>La reducción en número de estancias en residencias y el ahorro que ello supone hacen que las visitas domiciliarias preventivas sean una intervención coste-efectiva.</p>

<b>ID Estudio</b>	181
<b>Referencia</b>	Miller, P. Et Al. "Economic Analysis of an Early Discharge Rehabilitation Service for Older People". <i>Age and Ageing</i> , 34, 3, 2005, pp. 274-280. Cunliffe, A. L. Et Al. "Sooner and healthier: A randomised controlled trial and interview study of an early discharge rehabilitation service for older people". <i>Age and Ageing</i> , 33, 3, 2004, pp. 246-252.
<b>País</b>	Reino Unido
<b>Ámbito geográfico</b>	Local
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Coordinación servicios socio-sanitarios
<b>Población destinataria</b>	Personas mayores hospitalizadas por fracturas, condiciones neurológicas (principalmente infartos), y enfermedades cardio-respiratorias. Personas con necesidades sociales y de rehabilitación que reúnen las condiciones médicas necesarias para recibir el alta médica. Las necesidades que plantean pueden ser atendidas en el domicilio familiar sin necesidad de recibir una atención de 24 horas.
<b>Descripción de la intervención</b>	Es un servicio de atención intermedia cuyo objetivo es facilitar el alta hospitalaria. Los participantes reciben apoyo domiciliario y rehabilitación.
<b>Intensidad de la intervención</b>	El servicio se plantea con un máximo de cuatro visitas diarias en un máximo de 4 semanas.
<b>Objetivos de la intervención</b>	Mejorar la calidad de vida Reducir el uso de servicios hospitalarios Mejorar o mantener la capacidad funcional Mejorar el estado de salud de las personas usuarias
<b>Profesionales que intervienen</b>	Equipo multidisciplinar
<b>Intervención con la que se compara</b>	Atención habitual
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	
<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	Es un ensayo aleatorio. La muestra se compuso de 370 pacientes mayores de 65 años hospitalizados en diferentes centros y listos para recibir la alta médica. Los participantes fueron asignados de manera aleatoria al grupo de intervención (n= 185) y al grupo de control (n= 185).

	A los doce meses de la puesta en marcha del servicio se recogieron datos sobre calidad de vida y de estado de salud de un total de 140 participantes del grupo de intervención y un total de 132 personas del grupo control.
<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la intervención</b>	<p>Para medir la calidad de vida se utilizó:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- EuroQol EQ-5D que permitió calcular QALYs</li> </ul> <p>Para medir la realización de las actividades de la vida cotidiana se utilizaron:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Barthel Index</li> <li>- Nottingham extended activities of daily living</li> </ul> <p>Para medir el estado de salud se utilizó:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- General Health questionnaire</li> </ul>
<b>Tipo de evaluación económica</b>	2. Estudio coste-eficacia
<b>Validez interna del estudio</b>	Buena
<b>Validez externa del estudio</b>	Buena
<b>Calidad del estudio de evaluación económica</b>	Buena
<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	<p>A los 12 meses de intervención los resultados indican que las diferencias entre grupos en bienestar emocional son significativas. La intervención promueve resultados positivos en el grupo que recibe los servicios de rehabilitación.</p> <p>Además, a los 3 meses de la intervención los cuidadores de las personas dependientes que conforman el grupo de intervención muestran mejoría en el bienestar psicológico.</p> <p>El documento no proporciona información específica sobre cuántos AVAC se alcanzan gracias al servicio de rehabilitación pero sí se señala que los resultados muestran que la intervención evaluada es efectiva tanto a los tres como a los 12 meses de iniciarse el servicio de rehabilitación a domicilio.</p> <p>La intervención evaluada fue eficaz a la hora de reducir las estancias hospitalarias de los participantes. En concreto, la duración de la estancia en hospitales se reduce una media de 9 días gracias a una media de 22 visitas a domicilio por parte del programa.</p> <p>A los tres meses de intervención, los usuarios del servicio de rehabilitación en comparación con las personas que tomaron parte del grupo control obtuvieron mejores puntuaciones en la escala Barthel (en la realización de actividades de vida cotidiana) y en las escalas de cocina y tareas domésticas del cuestionario Nottingham Extended Activities of Daily Living.</p> <p>A los 12 meses, las mejoras en la realización de actividades de la vida doméstica que se recogen en el Nottingham Extended Activities of Daily Living se mantienen.</p> <p>El servicio de rehabilitación muestra resultados positivos en el estado de</p>

	salud de los usuarios según el General Health Questionnaire a los tres meses de intervención.
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	A los 12 meses de seguimiento el coste total por participante del grupo de intervención (incluido el coste del programa y de los servicios sanitarios y sociales utilizados) fue de £8.631.
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	A los 12 meses de seguimiento, el coste total por participante por los servicios sanitarios y sociales utilizados fue de £10.088.
<b>Otros resultados</b>	
<b>Limitaciones del estudio</b>	
<b>Conclusiones</b>	El servicio de atención intermedia y rehabilitación a domicilio analizado obtiene resultados positivos entre los que destacan la mejora en la realización de las actividades cotidianas y el estado de salud así como una reducción significativa en el número de estancias hospitalarias y la duración de las mismas.
<b>Relación coste-efectividad</b>	El coste total fue de £1.727 menos en el grupo de tratamiento. La reducción en el coste se debió a una menor estancia en el hospital y a un menor uso de hospitales de día. Los servicios de rehabilitación a domicilio son coste-efectivos ya que su coste es significativamente inferior al de la atención tradicional, se reduce de manera considerable el uso de servicios hospitalarios y se mejora la calidad de vida de los participantes.

<b>ID Estudio</b>	182
<b>Referencia</b>	Coleman, E.A. Et Al. "The Care Transitions Intervention. Results of a Randomized Controlled Trial". Archives of Internal Medicine, 166, 2006, pp. 1822-1828.
<b>País</b>	Estados Unidos
<b>Ámbito geográfico</b>	Local
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Coordinación servicios socio-sanitarios
<b>Población destinataria</b>	Personas mayores que regresan a sus domicilios o residencias tras una estancia hospitalaria. Uno de los criterios de inclusión es el presentar entre 1 y 11 diagnósticos médicos (como accidente cardiovascular, arritmias cardíacas, enfermedad coronaria, rotura de cadera, embolia pulmonar, etc.) que indiquen una alta probabilidad de necesitar un ingreso hospitalario o la atención de servicios sanitarios.
<b>Descripción de la intervención</b>	<p>Es un servicio de atención intermedia que se proporciona a las personas mayores hospitalizadas a las que se les va a dar el alta y consiste en:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Proporcionarles herramientas para poder comunicarse</li><li>- Animarles con el objetivo de que adopten un rol más activo y manifiesten sus preferencias</li><li>- Proporcionarles apoyo y el asesoramiento por parte de un director técnico en transiciones</li></ul> <p>El técnico en transición se reúne con el usuario por primera vez en el hospital antes de recibir el alta médica y convoca una visita a domicilio a las 48 o 72 horas de su salida del hospital.</p> <p>Se realiza un seguimiento telefónico de la evolución del paciente en 3 ocasiones a lo largo de los 28 días siguientes a recibir el alta médica.</p>
<b>Intensidad de la intervención</b>	
<b>Objetivos de la intervención</b>	Reducir el uso de servicios hospitalarios
<b>Profesionales que intervienen</b>	Enfermera
<b>Intervención con la que se compara</b>	Atención habitual
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	
<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	<p>Es un ensayo controlado aleatorio en el que participan 750 personas mayores de 65 años que se encuentran hospitalizadas en el momento del inicio de la intervención.</p> <p>Se asignan de forma aleatoria 379 personas mayores al grupo de intervención y 371 personas conforman el grupo control.</p>

	Se miden las tasas de re-hospitalización a los 30, 90 y 180 días del inicio de la intervención.
<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la intervención</b>	Para controlar el consumo de medicamentos se utilizó: - Medication discrepancy tool Para conocer la gravedad de la enfermedad se empleó: - Chronic diseases scores, diseñado ad hoc.
<b>Tipo de evaluación económica</b>	2. Estudio coste-eficacia
<b>Validez interna del estudio</b>	Buena
<b>Validez externa del estudio</b>	Buena
<b>Calidad del estudio de evaluación económica</b>	Aceptable
<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	Los usuarios del grupo de tratamiento presentan unas tasas más bajas de readmisión hospitalaria a los 30 y a los 90 días de intervención. A los 180 días, también hubo menor riesgo de ser hospitalizado por la misma enfermedad que en la ocasión anterior.
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	El coste anual de la intervención es de \$74.310.
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	
<b>Otros resultados</b>	
<b>Limitaciones del estudio</b>	
<b>Conclusiones</b>	La intervención evaluada obtiene resultados positivos ya que permite reducir el uso de servicios hospitalarios.
<b>Relación coste-efectividad</b>	El servicio de atención intermedia evaluado es coste-efectivo ya que se produce un menor número de hospitalizaciones en el grupo de intervención en comparación con el grupo de control y esto conlleva a un ahorro significativo en costes hospitalarios. Los resultados indican que el ahorro en ingresos hospitalarios del grupo de intervención durante los 180 días de seguimiento es de \$147.797, que suponen un ahorro anual de \$295.594.

<b>ID Estudio</b>	192
<b>Referencia</b>	Ottenbacher, M.W.C "Effectiveness of Assistive Technology and Environmental Interventions in Maintaining Independence and Reducing Home Care Costs for the Frail Elderly: a Randomized Controlled Trial". Archives of Family Medicine, 8, 3, 1999, pp. 210-217.
<b>País</b>	Estados Unidos
<b>Ámbito geográfico</b>	Local
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Ayudas tecnológicas
<b>Población destinataria</b>	Personas mayores en riesgo de dependencia por problemas físicos, sin deterioro cognitivo.  En principio se seleccionaron personas con discapacidades físicas porque la literatura anterior sugería que podían ser las que más se beneficien de las ayudas tecnológicas.
<b>Descripción de la intervención</b>	El servicio, liderado por un terapeuta ocupacional en colaboración con un equipo multidisciplinar, realiza una valoración en profundidad de las capacidades funcionales de las personas mayores y de las condiciones de su entorno, propone las ayudas técnicas y las adaptaciones necesarias, proporciona entrenamiento en el uso de las mismas y realiza un seguimiento continuado, adaptando las tecnologías conforme evolucionan las necesidades.
<b>Intensidad de la intervención</b>	
<b>Objetivos de la intervención</b>	Mejorar o mantener la capacidad funcional  Reducir el uso de servicios formales
<b>Profesionales que intervienen</b>	Terapeuta ocupacional
<b>Intervención con la que se compara</b>	Atención habitual
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	La atención habitual que pueden recibir las personas mayores frágiles en los Estados Unidos típicamente incluye: servicios post-hospitalización, rehabilitación, enfermería a domicilio, algunos tratamientos médicos a domicilio, ayuda para las actividades personales y domésticas y comidas a domicilio.
<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	El objetivo del estudio consistió en conocer la relación coste-efectividad de las ayudas técnicas y de las adaptaciones del entorno a la hora de promover la independencia de las personas mayores frágiles. Para ello se midió si la provisión sistemática de ayudas técnicas y adaptaciones tiene efectos sobre la capacidad funcional y sobre el uso de servicios sociales y sanitarios.

	<p>Los posibles participantes fueron contactados a través de varios centros en el oeste de Nueva York y se les realizó una valoración inicial para determinar su estado cognitivo. Se rechazaron las personas con una puntuación igual o inferior a 23 puntos en el Mini Mental State Examination. Las 104 personas que cumplían los criterios de inclusión fueron asignadas aleatoriamente al grupo de ayudas tecnológicas (N=52) o al grupo de control (N=52). Los investigadores calcularon que necesitarían contar con un mínimo de 90 sujetos al final del periodo de estudio para poder detectar diferencias entre el grupo de intervención y de control con el suficiente poder estadístico.</p> <p>Se realizó un seguimiento de 18 meses para ver los efectos que había tenido la intervención en la capacidad funcional de los participantes y en el uso de servicios. La recogida de datos se realizó mediante entrevista en el domicilio de las personas participantes.</p>
<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la intervención</b>	<p>La capacidad funcional se midió mediante los instrumentos: Functional Independence Measure (FIM) que permite diferenciar entre la capacidad física y cognitiva, el Older Americans Research and Services Centre Instrument y el Craig Handicap Assessment and Reporting Technique (CHART) que mide 4 aspectos como son la independencia física, la movilidad, la ocupación y la integración social.</p> <p>El dolor se midió utilizando el Functional Status Index.</p> <p>La utilización de servicios sociales y sanitarios se recogió mediante los proveedores (en el caso de los servicios sanitarios) y a través de llamadas mensuales a las propias personas usuarias en las que se les pedía que informaran de cualquier tipo de servicio (residencial o comunitario, sanitario o social) que hubieran utilizado en el último mes.</p>
<b>Tipo de evaluación económica</b>	4. Estudio coste-beneficio
<b>Validez interna del estudio</b>	Satisfactoria
<b>Validez externa del estudio</b>	Buena
<b>Calidad del estudio de evaluación económica</b>	Aceptable
<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	<p>Se produjo un empeoramiento de la capacidad funcional en ambos grupos, pero el deterioro fue menor en el grupo de intervención. Utilizando el Functional Independence Measure (FIM), se detectó una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos en lo referente al funcionamiento físico, pero no en el funcionamiento cognitivo.</p> <p>El dolor, tal y como lo mide el Funcional Status Index, sólo se incrementó en el grupo de control.</p> <p>Las diferencias observadas en el resto de escalas no resultaron estadísticamente significativas, aunque señalaban en la misma dirección que los resultados comentados.</p>
<b>Coste de la inter-</b>	14.172 \$ por persona, incluidas todas las ayudas técnicas y adaptaciones y

<b>vención evaluada</b>	todos los servicios sociales y sanitarios utilizados a lo largo de 18 meses. El coste medio de las ayudas técnicas y adaptaciones realizadas fue de 2.620 dólares por persona.
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	31.610 \$ por persona, incluidas todas las ayudas técnicas y adaptaciones y todos los servicios sociales y sanitarios utilizados a lo largo de 18 meses.
<b>Otros resultados</b>	
<b>Limitaciones del estudio</b>	
<b>Conclusiones</b>	<p>Las ayudas técnicas y las adaptaciones del entorno tienen el potencial de reducir el deterioro de la capacidad funcional en personas mayores físicamente frágiles. El coste de proporcionar estas ayudas es compensado por un menor uso de servicios formales, concretamente, servicios hospitalarios, residenciales, de enfermería a domicilio y visitas domiciliarias de trabajadoras sociales.</p> <p>Los autores señalan, a modo de hipótesis, que la mayor diferencia de coste, debido a un menor uso de servicios hospitalarios por parte de las personas que recibieron ayudas técnicas y adaptaciones del entorno, se produjo gracias a una reducción del número de caídas como consecuencia de las ayudas técnicas proporcionadas y de las adaptaciones del entorno realizadas.</p>
<b>Relación coste-efectividad</b>	La intervención que tuvo un coste de 2.620 dólares en equipamientos y adaptaciones resultó en un ahorro de más de 19.614 dólares en servicios sanitarios y sociales. La diferencia entre el grupo de control y de intervención fue de 3.397 dólares en cuanto a servicios comunitarios, de 15.829 dólares en servicios hospitalarios y de 387 dólares en servicios residenciales.

<b>ID Estudio</b>	193
<b>Referencia</b>	Markle-Reid, M. Et Al. "Health Promotion for Frail Older Home Care Clients". Journal of Advanced Nursing, 54, 3, 2006, pp. 381-395.
<b>País</b>	Canadá
<b>Ámbito geográfico</b>	Local
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Visitas domiciliarias preventivas
<b>Población destinataria</b>	Personas mayores de 75 años que residen en sus domicilios.
<b>Descripción de la intervención</b>	<p>La intervención evaluada (Proactive nursing health promotion) tiene el objetivo de reforzar las habilidades personales y apoyos con los que cuenta el usuario de cara a reducir el nivel de vulnerabilidad, aumentar la salud, mejorar la calidad de vida y reducir la demanda de recursos de atención sanitaria de precios elevados.</p> <p>La intervención consiste en:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Una enfermera contacta o visita al usuario cada 6 meses.</li><li>- Se realiza una evaluación inicial para conocer el estado de salud</li><li>- Se identifican factores de riesgo (depresión, demencia, consumo de múltiples fármacos o enfermedades que se repiten en el tiempo).</li><li>- Se proporciona educación para la salud sobre estilos de vida saludables y el manejo de enfermedades crónicas desde un enfoque de participación.</li></ul>
<b>Intensidad de la intervención</b>	Los sujetos que conformaron el grupo de tratamiento recibieron una media de 5 visitas domiciliarias (de duración media de una hora) y contacto telefónico.
<b>Objetivos de la intervención</b>	<p>Mejorar la calidad de vida</p> <p>Mejorar el estado de salud de las personas usuarias</p> <p>Reducir el coste</p>
<b>Profesionales que intervienen</b>	
<b>Intervención con la que se compara</b>	Ayuda a domicilio
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	<p>Los servicios de ayuda a domicilio en Canadá consisten en:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Gestión de casos</li><li>- Atención personal</li><li>- Atención doméstica</li><li>- Enfermería</li><li>- Terapia ocupacional</li><li>- Fisioterapia</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trabajo social</li> <li>- Logopedia (speech language therapy)</li> </ul> <p>Durante la puesta en marcha de este estudio hubo recortes en este tipo de servicios que provocaron la aparición de listas de espera tanto para servicios de profesionales como en servicios de carácter no profesional.</p>
<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	<p>Los gestores de casos seleccionaron a personas mayores de 75 años que necesitaban atención personal en el domicilio.</p> <p>Unos entrevistadores “ciegos” realizaron la selección de los participantes y los asignaron aleatoriamente a cada grupo -tratamiento y control- y a los 6 meses de intervención les realizaron una entrevista en la que recogieron información sobre estado de salud, calidad de vida, salud mental, percepción de apoyo social y estrategias de afrontamiento.</p> <p>Se recogió información sobre las características de los participantes (edad, género, educación, cultura, ingresos, diagnóstico médico y recursos económicos) y se recogió la intensidad de la intervención (la categoría de compromiso con la intervención implicaba un mínimo de una visita domiciliaria o al menos un contacto telefónico de 10 o más minutos).</p> <p>La muestra se compuso de 288 personas mayores que fueron distribuidas aleatoriamente al grupo de intervención (n=144) y al grupo de control (n=144). A los 6 meses de seguimiento en el grupo que recibió el servicio hubo un 16% de bajas (n=24) y en el grupo de control un 15,3% (n=22).</p>
<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la intervención</b>	<p>Para medir el estado de salud y la calidad de vida:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Medical outcome study short form (SF_36) health survey.</li> </ul> <p>Para medir la salud mental /presencia de depresión:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Center for epidemiological studies in depression scale (CES-D)</li> </ul> <p>Para medir la percepción de apoyo social:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Personal resource questionnaire 85 (part two) (PRQ85)</li> </ul> <p>Para medir el estilo de adaptación (coping):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Coping questionnaire (Moos et al. 1985)</li> </ul> <p>Para medir los costes de utilización de servicios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Health and Social Service Utilization</li> </ul>
<b>Tipo de evaluación económica</b>	2. Estudio coste-eficacia
<b>Validez interna del estudio</b>	Satisfactoria
<b>Validez externa del estudio</b>	Buena
<b>Calidad del estudio de evaluación económica</b>	Pobre
<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	<p>Los resultados del instrumento Medical outcome study short form (SF_36) health survey permitieron constatar una mejora significativa en la autoeficacia percibida en el grupo de personas que recibió los servicios de coordinación socio-sanitaria en comparación con el grupo control. Asimismo, la intervención estuvo asociada a una mejoría significativa del funcionamiento en salud (health functioning).</p>

	<p>Por otra parte, la intervención tuvo como resultado una mejor percepción de apoyo social de los participantes de las personas que recibieron el servicio de coordinación socio-sanitaria en comparación con el grupo de control. Sin embargo, para el grupo de control los resultados sobre apoyo social empeoraron con el paso del tiempo.</p> <p>En relación a las estrategias de afrontamiento, los resultados no muestran diferencias significativas entre grupos.</p>
	<p>A los seis meses de iniciarse la intervención los datos muestran que hay una reducción significativa en los síntomas depresivos del grupo que recibe visitas domiciliarias preventivas en comparación con el grupo de control.</p>
	<p>No hubo diferencias significativas entre los grupos en la media los costes globales de los servicios sociales ni en los servicios de atención sanitaria. Además, tampoco hubo diferencias reseñables entre grupos en los costes personales directos atribuidos a los servicios de salud.</p> <p>Aunque no hubo diferencias significativas en los costes totales por grupos sí hubo significativamente un menor coste por persona en la prescripción de medicamentos en el grupo que recibió la intervención en comparación con el grupo control.</p>
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	
<b>Otros resultados</b>	
<b>Limitaciones del estudio</b>	<p>La dificultad de implicar a las personas mayores en la intervención.</p> <p>Los resultados no pueden ser generalizados al ámbito rural ya que fueron exclusivamente de zonas urbanas.</p>
<b>Conclusiones</b>	<p>Los autores concluyen que los servicios de coordinación sanitaria evaluados en este estudio mejoran la calidad de vida y el estado de salud de los participantes. Este servicio mejora la salud mental de usuarios, permite que los síntomas depresivos se reduzcan y contribuye a mejorar la percepción de apoyo social a la par que no aumentan los costes de atención sanitaria.</p>
<b>Relación coste-efectividad</b>	<p>Los autores concluyen que las visitas domiciliarias preventivas son coste efectivas ya que permiten mejorar la calidad de vida y estado de salud de sus usuarios a un coste similar que los servicios tradicionales.</p>

<b>ID Estudio</b>	194
<b>Referencia</b>	Bernabei, R. Et Al. "Randomised Trial of Impact of Model of Integrated Care and Case Management for Older People Living in Community". British Medical Journal, 316, 1998, pp. 1348-1351.
<b>País</b>	Italia
<b>Ámbito geográfico</b>	Local
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Gestión de casos
<b>Población destinataria</b>	Personas mayores que viven en sus domicilios y reciben servicios de atención sanitaria y servicios a domicilio. Son personas con diferentes problemas geriátricos (por ejemplo, demencia, falta de movilidad, incontinencia o accidentes cardiovasculares) cuyo plan de intervención no está basado en una evaluación geriátrica exhaustiva.
<b>Descripción de la intervención</b>	La intervención consiste en que una unidad de evaluación geriátrica comunitaria y los médicos de atención básica realizan la gestión de casos y elaboran planes de caso. La unidad de evaluación está compuesta por un geriatra, un trabajador social y varias enfermeras. Los gestores de caso realizaron la evaluación inicial y el seguimiento bimensual y estuvieron pendientes de controlar la provisión de servicios y de garantizar la ayuda extraordinaria a demanda de los usuarios o de los médicos implicados.
<b>Intensidad de la intervención</b>	
<b>Objetivos de la intervención</b>	Retrasar o evitar la institucionalización
	Mejorar o mantener la capacidad funcional
	Reducir el coste
<b>Profesionales que intervienen</b>	
<b>Intervención con la que se compara</b>	Atención habitual
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	Los servicios comunitarios tradicionales consisten en visitas domiciliarias y habituales del médico generalista, servicios sociales y de enfermería, atención doméstica y servicios de comida a domicilio.
<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	El estudio fue realizado con el objeto de evaluar el impacto de un programa de gestión de casos. Las variables analizadas fueron la admisión en un servicio residencial, el uso y el coste de servicios sanitarios y las variaciones en el estado de salud o el deterioro de personas mayores frágiles que viven en

	<p>comunidad.</p> <p>Se trata de un ensayo controlado aleatorio en el que se realizó un seguimiento al año de iniciarse la intervención. Se seleccionó a 224 posibles participantes de los que 24 decidieron no participar. Las 200 personas que decidieron participar fueron aleatoriamente distribuidas en los grupos (100 personas conformaron el grupo de tratamiento y 100 el grupo de control) en función del sexo y de la edad.</p> <p>La recogida de datos sobre el uso y los costes de la utilización de servicios de atención sanitaria fue realizada con carácter bimensual por personas formadas en esta tarea y que desconocían la condición de grupo -tratamiento o control-.</p>
<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la intervención</b>	<p>Para medir la utilización del servicio se utilizó:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Versión modificada del British Columbia long term care programme application and assessment form.</li> </ul> <p>Para medir el estado de salud física se utilizaron:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Scale of activities of daily living.</li> <li>- Scale of instrumental activities of daily living.</li> </ul> <p>Para medir el deterioro cognitivo se empleó:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain déficit in elderly patients.</li> </ul> <p>Para medir los síntomas depresivos se utilizó:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Geriatric depression scale.</li> </ul>
<b>Tipo de evaluación económica</b>	2. Estudio coste-eficacia
<b>Validez interna del estudio</b>	Satisfactoria
<b>Validez externa del estudio</b>	Buena
<b>Calidad del estudio de evaluación económica</b>	Pobre
<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	<p>Los resultados muestran una reducción significativa en el riesgo de admisión hospitalaria así como en la duración de las estancias.</p> <p>En el caso de los servicios residenciales, no se produjo una disminución significativa de la tasa de admisión pero sí de la duración de las estancias (1087 días/año en el grupo de intervención frente a 2121 en el grupo de control)</p> <p>A pesar de que la utilización de recursos de atención y de apoyo a domicilio fue diferente en cada participante, en general, parece que los usuarios del grupo que recibió la intervención mostraron un deterioro físico y cognitivo menor que el grupo de comparación.</p> <p>El total de costes de atención sanitaria del grupo de personas que recibieron la intervención se redujo con el paso del tiempo en comparación con el grupo control. La reducción del coste fue de un 23%.</p>

<b>Coste de la intervención evaluada</b>	Una vez calculado el sueldo de los gestores de casos, se plantea que el ahorro total supone cerca de £1.125 por persona por año. Además, de la reducción en costes de servicios de salud comunitarios (175 libras por persona y año) el ahorro también fue sustancial en las residencias (£600 persona/año) y en los gastos hospitalarios (£925 persona/año).
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	
<b>Otros resultados</b>	
<b>Limitaciones del estudio</b>	
<b>Conclusiones</b>	
<b>Relación coste-efectividad</b>	Los autores concluyen que la intervención de gestión de casos evaluada en este trabajo es coste efectiva ya que reduce la admisión en instituciones y el deterioro funcional de las personas mayores frágiles que viven en comunidad a un menor coste que la atención habitual. Los datos muestran que, una vez calculado el sueldo de los gestores de casos, el ahorro total que supone la intervención es de aproximadamente £1.125 por persona y año. A la luz de los datos, se concluye que además de observarse una reducción clara en los costes de servicios de salud comunitarios el ahorro también fue sustancial en las residencias y en los gastos hospitalarios.

<b>ID Estudio</b>	202
<b>Referencia</b>	Sanderson, D. Wright, D. "Final Evaluation of the Carats Initiatives in Rotherham. Report". York, University of York, 1999, pp. 230.
<b>País</b>	Reino Unido
<b>Ámbito geográfico</b>	
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Coordinación servicios socio-sanitarios
<b>Población destinataria</b>	Personas mayores dependientes o en riesgo de dependencia
<b>Descripción de la intervención</b>	Se trata de un servicio de atención intermedia que ofrece 4 tipos de servicio: (1) El servicio de respuesta rápida: es apoyo a corto plazo (hasta de 72 horas) en las viviendas de las personas con el objeto de prevenir la institucionalización o de cara a facilitar un alta más temprana del hospital. (2) Rehabilitación residencial, es una unidad residencial de 6 a 9 camas en la que en función de los recursos de los usuarios se ha de contribuir en la financiación (copago) (3) Rehabilitación diurna, es un servicio de día. (4) Unidad residencial de convalecencia, es una unidad residencial que recibe a personas que han sufrido un accidente o un problema de salud serio en su domicilio y son usuarios de este servicio durante unos 15 días y de aquí regresan a sus domicilios o ingresan en una residencia.
<b>Intensidad de la intervención</b>	
<b>Objetivos de la intervención</b>	Reducir el uso de servicios hospitalarios
<b>Profesionales que intervienen</b>	
<b>Intervención con la que se compara</b>	Ninguna intervención
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	
<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	Este artículo recoge la evaluación del programa CARATS (Rotherham Health and Social Care's Community Assessment, Rehabilitation and Treatment Scheme) El informe recoge los resultados de 15 meses de intervención de la evaluación cualitativa (de entrevistas a profesionales y gerentes de los servicios) y cuantitativa (de cuestionarios a usuarios/cuidadores y profesionales de atención primaria). Se trata de un estudio de carácter exploratorio que proporciona datos sobre los usuarios del programa. De cara a evaluar la relación coste-efectividad de los servicios, los autores estiman el coste que supondría la hospitalización de las personas atendidas a

	través del servicio.
<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la intervención</b>	
<b>Tipo de evaluación económica</b>	2. Estudio coste-eficacia
<b>Validez interna del estudio</b>	Pobre
<b>Validez externa del estudio</b>	Limitada
<b>Calidad del estudio de evaluación económica</b>	Pobre
<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	<p>El servicio de respuesta rápida libera entre 112-192 días de estancia mensuales.</p> <p>El servicio de rehabilitación residencial: tres cuartas partes de los usuarios fueron dados de alta a sus domicilios y cuatro quintas partes de éstos permanecían en sus domicilios seis meses después.</p> <p>La unidad residencial de convalecencia, en torno al 50% de los usuarios regresó a sus hogares. La estancia media fue de 8 días.</p>
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	
<b>Otros resultados</b>	
<b>Limitaciones del estudio</b>	<p>Los autores señalan tres limitaciones principales:</p> <p>(1) La ausencia de datos iniciales (baseline data) para comparar los resultados.</p> <p>(2) La ausencia de una aleatorización de los usuarios a diferentes grupos de intervención.</p> <p>(3) El impacto de otros servicios/recursos.</p>
<b>Conclusiones</b>	A juicio de los autores, aunque se trate de un estudio exploratorio y no se ofrezcan datos definitivos, los resultados muestran que los cuatro servicios analizados son eficaces ya que consiguen alcanzar los objetivos planteados inicialmente.
<b>Relación coste-efectividad</b>	Los autores concluyen que uno de los cuatro servicios analizados es coste-efectivo. Se concluye que el servicio de respuesta rápida es coste-neutral para personas con movilidad reducida. Para este grupo de personas el coste hospitalario diario es de £125 y la estancia hospitalaria media es de 4.5 días (£562.5 de media por estancia, mientras que el coste medio del servicio de respuesta rápida es £570 por usuario).

Por otra parte, para pacientes con otro tipo de problemas que no son terminales, la intervención permite ahorrar £254 por usuario si su estancia hospitalaria se estima en 8.75 días.

Por último, para enfermos terminales la estancia hospitalaria tiene un coste igual o superior a £190/día y los datos indican que el servicio proporcionado permite ahorrar dinero.

<b>ID Estudio</b>	203
<b>Referencia</b>	Varios Autores "The Way to Go Home: Rehabilitation and Remedial Services for Older People". Serie: Promoting Independence, 4, Londres, Audit Commission, 2000, pp. 109.
<b>País</b>	Reino Unido
<b>Ámbito geográfico</b>	Local
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Servicios de rehabilitación
<b>Población destinataria</b>	Personas mayores que necesitan de servicios de rehabilitación.
<b>Descripción de la intervención</b>	El artículo plantea que los servicios de rehabilitación precisan de una gama amplia y variada de prestaciones: la rehabilitación comienza con los cuidados intensivos que el paciente recibe tras su ingreso hospitalario y en la mayor parte de los casos prosigue con servicios especializados de rehabilitación prestados en el propio centro hospitalario por parte de un equipo multidisciplinario. Son también precisas estructuras intermedias para cuando la necesidad de atención hospitalaria decrece y, y finalmente, servicios de rehabilitación comunitarios en el domicilio de la persona afectada.
<b>Intensidad de la intervención</b>	
<b>Objetivos de la intervención</b>	Mejorar la calidad de vida
<b>Profesionales que intervienen</b>	
<b>Intervención con la que se compara</b>	Ninguna intervención
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	
<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	Es una revisión sistemática de la literatura que analiza el contenido de los servicios de rehabilitación que se prestan en el Reino Unido y propone un enfoque estratégico para mejorar su efectividad. El informe describe las características de todos los servicios de rehabilitación y destaca la escasa relación que unos y otros han mantenido, lo que ha venido a dificultar el abordaje integral de necesidades de los pacientes. En líneas generales, señala el informe, la impresión es de descoordinación y se antoja imprescindible una mejora en la gestión de los servicios.
<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir</b>	

<b>los resultados de la intervención</b>	
<b>Tipo de evaluación económica</b>	2. Estudio coste-eficacia
<b>Validez interna del estudio</b>	No aplicable
<b>Validez externa del estudio</b>	No aplicable
<b>Calidad del estudio de evaluación económica</b>	No aplicable
<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	La revisión de la literatura concluye que los servicios de rehabilitación, en general, mejoran la calidad de vida de las personas que disfrutan de este tipo de servicios. Se apunta que incluso entre aquellas personas que se encuentran institucionalizadas, aunque no consigan regresar a sus domicilios, gracias a los servicios de rehabilitación su calidad de vida mejora significativamente.
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	
<b>Otros resultados</b>	
<b>Limitaciones del estudio</b>	
<b>Conclusiones</b>	<p>Entre los servicios de rehabilitación analizados los autores destacan los resultados del North Devon Re-ablement Service. Este programa ha logrado mejoras significativas en personas mayores de 75 años en el número de admisiones a servicios de emergencia, en la duración de las estancias hospitalarias, y en el porcentaje de re-admisiones. Además, se señala que este tipo de servicio ha permitido una mejor utilización del personal de terapia. En concreto, se indica que la utilización de asistentes puede ayudar a mejorar la calidad de la actividad terapéutica y a reducir la duración de la estancia en un servicio de rehabilitación.</p> <p>En otro de los servicios analizados el trabajo realizado por un terapeuta ocupacional en la evaluación de caso en un servicio de emergencia permite reducir el porcentaje de personas mayores admitidas en residencias.</p> <p>Por otra parte, la revisión constata que la utilización de terapeutas ocupacionales en la comunidad reduce significativamente el coste de atención a domicilio en tres ciudades y en una de ellas también se evita la admisión en servicios de atención de larga duración.</p>
<b>Relación coste-efectividad</b>	<p>La revisión concluye que los costes de la puesta en marcha de servicios de rehabilitación son altos porque requieren de servicios extras -instalaciones y personal-.</p> <p>Los autores plantean que es difícil determinar si estos servicios son coste-efectivos porque puede que las necesidades que se planteen sean de larga</p>

duración. Por ejemplo, el ahorro de liberar una cama en un servicio de agudos y trasladar al individuo a un servicio de rehabilitación ahorra dinero pero no se sabe si se compensa el coste extra.

No obstante, los resultados disponibles por el momento indican que sí podrían ser coste-efectivos.

A modo de ilustración, se señala que uno de los servicios de rehabilitación analizados cuesta la mitad de una plaza hospitalaria y puede reducir la necesidad de atención residencial de larga duración. Además, otro servicio analizado muestra que un equipo de capacitación reduce las admisiones y la duración de una estancia hospitalaria y permite a más personas regresar al domicilio.

Sin embargo, los autores hacen hincapié en la dificultad que plantea el calcular el coste real de la intervención y del grupo comparación. En este sentido, se plantea la necesidad de comparar el servicio de la rehabilitación y de la atención a domicilio con el coste de atención residencial, de tener en cuenta los costes a largo plazo del personal (terapeutas y otro tipo de personal) que han de ser contratados de forma extraordinaria y las diferentes expectativas de vida de las personas que regresan a la vida activa tras la rehabilitación.

<b>ID Estudio</b>	204
<b>Referencia</b>	Felce, D. Emerson, E. "Community Living: Costs, Outcomes, and Economies of Scale: Findings from U.K. Research. En: Costs and Outcomes of Community Services for People with Intellectual Disabilities". Baltimore, Paul H. Brookes, 2005, pp. 45-62.
<b>País</b>	
<b>Ámbito geográfico</b>	
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Fórmulas de alojamiento en la comunidad
<b>Población destinataria</b>	Personas con discapacidad intelectual
<b>Descripción de la intervención</b>	
<b>Intensidad de la intervención</b>	
<b>Objetivos de la intervención</b>	Reducir el coste Mejorar la calidad de vida
<b>Profesionales que intervienen</b>	
<b>Intervención con la que se compara</b>	Ninguna intervención
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	
<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	<p>Se trata de una revisión de la literatura sobre las relaciones entre el tamaño, el coste de los recursos, los ratios de personal por usuario y los beneficios de fórmulas de alojamiento en la comunidad.</p> <p>En concreto, se busca conocer si el tamaño de la unidad residencial afecta a los posibles beneficios que la estancia en estos alojamientos pueda provocar en los usuarios y al coste por personal de atención. La revisión bibliográfica también persigue conocer si la ratio de profesionales por usuario afecta a los beneficios que los usuarios obtengan en el servicio de alojamiento.</p> <p>Las hipótesis que se plantean este trabajo son las siguientes: (1) los centros de pequeño tamaño producen mejores resultados, (2) los centros de pequeño tamaño tienen un mayor coste que las grandes residencias y (3) los servicios más caros (por ejemplo, un servicio más caro generalmente implica una ratio de profesionales alta por usuarios) provocan mejores resultados en los usuarios.</p>
<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la</b>	

<b>intervención</b>	
<b>Tipo de evaluación económica</b>	2. Estudio coste-eficacia
<b>Validez interna del estudio</b>	No aplicable
<b>Validez externa del estudio</b>	No aplicable
<b>Calidad del estudio de evaluación económica</b>	No aplicable
<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	<p>Diferentes estudios muestran que las fórmulas de alojamiento en comunidad son más caras que el servicio proporcionado en grandes instituciones. La revisión señala que el proceso de desinstitucionalización (pasar de grandes residencias a unidades de pequeño tamaño ubicadas en la comunidad) de las personas con discapacidad intelectual provoca un aumento significativo en el coste. La literatura muestra que el coste varía de gran manera en diferentes fórmulas de alojamiento residencial. Algunos estudios revisados no han encontrado que el tamaño tenga una gran influencia en el coste y otros estudios sí han detectado diferencias en este sentido. Los autores indican que hay variables como las características de los usuarios (gran discapacidad, problemas de conducta...) que pueden tener una gran influencia directa en la diferencia de coste entre fórmulas de alojamiento.</p> <p>Además, la revisión de la literatura muestra una clara asociación entre la mejora de resultados y el coste más alto así como el menor tamaño de los centros. Sin embargo, la revisión no es concluyente ya que no hay evidencia empírica que demuestre que la mejora en la calidad se debe a un mayor coste y a un menor tamaño residencial.</p> <p>Por otro lado, la mayoría de los estudios revisados muestran una ausencia del impacto del tamaño en los beneficios que pueda producir el recurso de atención residencial. Algunos estudios muestran que en las fórmulas de alojamiento residencial los buenos resultados están asociados al pequeño tamaño de las unidades mientras que otros trabajos no encuentran relación entre el tamaño y los beneficios de la intervención. Sin embargo, la revisión sí muestra diferencias significativas entre recursos residenciales en unidades de 3 o menos usuarios. Estas diferencias entre recursos dependen enteramente del nivel de necesidad de apoyo que tengan los usuarios o del tipo de modelo de atención que se de en cada centro. En esta línea, los resultados sostienen la hipótesis de que los costes asociados a un tipo de intervención no pueden ser reducidos en base al número de residentes sino que las necesidades de los usuarios y el modelo de atención son los que definen el coste.</p> <p>La evidencia empírica muestra que las grandes residencias (instituciones y hostales) proporcionan peores resultados que las unidades residenciales de tamaño doméstico.</p>
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	
<b>Coste de la inter-</b>	

<b>vención de comparación</b>	
<b>Otros resultados</b>	
<b>Limitaciones del estudio</b>	
<b>Conclusiones</b>	La revisión de la literatura indica que las fórmulas de alojamiento en comunidad obtienen mejores resultados en cuanto a calidad de vida. Sin embargo, el análisis de la relación entre el tamaño y coste del servicio no permite afirmar que ésta sea concluyente. Los datos indican que pueden existir desigualdades económicas de escala sólo en viviendas de tres o menos plazas.
<b>Relación coste-efectividad</b>	Las fórmulas de alojamiento en la comunidad obtienen mejores resultados que los centros residenciales en cuanto a calidad de vida. No obstante, no se demuestra que ello sea a consecuencia de su menor tamaño ni de los recursos (personal) disponibles.

<b>ID Estudio</b>	205
<b>Referencia</b>	Lakin, K.C. Et Al. "Home and Community-Based Services. Costs, Utilization, and Outcomes. En: Costs and Outcomes of Community Services for People with Intellectual Disabilities". Baltimore, Paul H. Brookes, 2005, pp. 91-127.
<b>País</b>	Estados Unidos
<b>Ámbito geográfico</b>	
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Servicios comunitarios en general
<b>Población destinataria</b>	Personas con discapacidad intelectual
<b>Descripción de la intervención</b>	Son programas que tienen como objetivo apoyar y atender a personas con discapacidad intelectual en sus domicilios o comunidades como alternativa a la atención residencial que se considera más costosa. Desde este tipo de servicios se proporciona una amplia gama de recursos: apoyos en el domicilio, servicios de día, trabajo protegido, servicios de respiro, ayudas técnicas, modificaciones en el domicilio, transporte, asistencia en crisis, y diferentes programas de formación y asesoramiento.
<b>Intensidad de la intervención</b>	
<b>Objetivos de la intervención</b>	Reducir el coste
<b>Profesionales que intervienen</b>	
<b>Intervención con la que se compara</b>	Atención residencial
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	Servicios de atención residencial para personas con retraso mental
<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	Se trata de un estudio controlado no aleatorio que describe a los participantes de servicios comunitarios en general (Minnesota's HCBS Waiver program) y a usuarios de servicios de atención residencial para personas con discapacidad intelectual, analiza factores asociados a las variaciones en la utilización y en los presupuestos de los servicios comunitarios y explora la asociación entre costes de servicios y resultados o beneficios de la intervención en la calidad de vida de los usuarios. De todos los usuarios de los servicios comunitarios se seleccionó una muestra representativa de 474 personas provenientes de áreas urbanas y de áreas rurales. Se recogieron datos administrativos de los usuarios de servicios comunitarios (incluido el gasto) y de diferentes instrumentos de medida. Además, se llevaron a cabo entrevistas individuales (n= 377), telefónicas, grupos de discusión y se completaron diferentes cuestionarios.

	<p>De la muestra seleccionada un total de 405 adultos admitió participar voluntariamente en el estudio.</p> <p>Los datos de estas personas se compararon con los de 3.344 usuarios/as de servicios residenciales.</p>
<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la intervención</b>	<p>Los instrumentos utilizados en esta investigación fueron:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- The consumer interview protocol</li> <li>- Individual case manager survey</li> <li>- General case manager survey</li> <li>- Service provider survey</li> <li>- Family survey</li> <li>- Direct support staff survey</li> <li>- Cuestionarios diseñados ad hoc para medir la calidad de vida: calidad de vida en general, escala de calidad de vida y calidad de servicios residenciales.</li> </ul>
<b>Tipo de evaluación económica</b>	98. Estudio de costes
<b>Validez interna del estudio</b>	Pobre
<b>Validez externa del estudio</b>	Buena
<b>Calidad del estudio de evaluación económica</b>	Aceptable
<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	<p>El programa evaluado (HCBS waiver program) proporciona apoyo a las personas por un coste menor que las fórmulas de alojamiento en la comunidad. El artículo ofrece información detallada del coste del servicio según las características de los usuarios.</p> <p>Por otra parte, este estudio no encuentra una asociación entre los costes del servicio y ciertos indicadores en la calidad de vida de los usuarios.</p>
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	\$52.961 por usuario al año en 1998.
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	\$67.763 por usuario al año en 1998.
<b>Otros resultados</b>	
<b>Limitaciones del estudio</b>	
<b>Conclusiones</b>	A juicio de los autores, el hecho de que los resultados no indiquen que el coste este asociado a resultados de calidad de vida en los usuarios no significa que los costes no afecten a la calidad.
<b>Relación coste-efectividad</b>	El estudio muestra que el coste de la atención es menos para las personas que utilizan servicios comunitarios. No obstante, no mide la calidad de la atención prestada, o los beneficios obtenidos, por lo que se puede hablar de coste-efectividad.



<b>ID Estudio</b>	206
<b>Referencia</b>	Emerson, E. Et Al. "Costs and Outcomes of Community Residential Supports in England". En: Costs and Outcomes of Community Services for People with Intellectual Disabilities. Baltimore, Paul H. Brookes, 2005, pp. 151-174.
<b>País</b>	
<b>Ámbito geográfico</b>	
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Fórmulas de alojamiento en la comunidad
<b>Población destinataria</b>	Personas con discapacidad intelectual
<b>Descripción de la intervención</b>	<p>Se trata de viviendas con presencia de personal durante las 24 horas. Las viviendas tienen un diseño hogareño y están integradas en la comunidad.</p> <p>Dentro de las viviendas se distinguen los programas de vida independiente. Se trata de programas en los que convive un máximo de tres personas con discapacidad (pueden vivir otras personas sin discapacidad) con apoyo externo.</p>
<b>Intensidad de la intervención</b>	
<b>Objetivos de la intervención</b>	Incrementar la autodeterminación o autocontrol de las personas usuarias
<b>Profesionales que intervienen</b>	
<b>Intervención con la que se compara</b>	Atención residencial
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	Se incluyen como modalidades de atención residencial dos tipos de diseño diferentes: los campus residenciales y los complejos residenciales (residential campuses and village communities), que se caracterizan por aglutinar numerosas viviendas o centros para personas con discapacidad en un hogar con algunos servicios (centro de día, tiendas, etc.) de uso común.
<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	<p>Es un estudio controlado no aleatorio.</p> <p>La muestra inicial se compuso de 540 personas adultas con discapacidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 3 muestras de 30 adultos seleccionados al azar de 3 complejos residenciales.</li> <li>- 5 muestras de 30 adultos seleccionadas al azar de 5 centros residenciales.</li> <li>- 10 muestras de 30 adultos seleccionados al azar de 10 proveedores de fórmulas de alojamiento en comunidad (incluyen viviendas asistidas)</li> </ul> <p>Al final de la recogida de datos se obtuvo información de 500 participantes a través de 17 diferentes servicios de alojamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 86 usuarios de complejos residenciales.</li> <li>- 133 residentes en campus residenciales.</li> <li>- 281 personas provenientes de fórmulas de alojamiento en comunidad.</li> </ul>

	La recogida de datos consistió en enviar por correo un cuestionario y realizar varias entrevistas.						
<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la intervención</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Versión revisada del Client service receipt inventory para recoger datos de formas de alojamiento, ingresos y presupuestos y uso de servicios durante los 3 meses anteriores</li> <li>- Residential services setting questionnaire para recoger información de la organización de las fórmulas de alojamiento, intensidad de personal y disposición física del entorno.</li> <li>- Se recogieron datos de</li> </ul> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Inputs</th> <th style="text-align: left;">Service procesos</th> <th style="text-align: left;">Outcomes</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Costes Ratios de personal Formación de personal Características arquitectónicas, tamaño y ubicación del hogar Características de participantes (edad, genero, conducta adaptativa y desafiante, discapacidad física y sensorial, salud mental, autismo e historia residencial)</td> <td>Calidad y naturaleza de los procedimientos utilizados para elaborar planes Clima social Apoyo para autodeterminación</td> <td>Implicación en ocio y actividades comunitarias Redes sociales Conductas de salud (consumo de tabaco, alcohol, dieta y ejercicio físico) Riesgo de exposición a accidentes y lesiones, maltrato y explotación Satisfacción de participantes con discapacidad intelectual Satisfacción de familiares</td> </tr> </tbody> </table>	Inputs	Service procesos	Outcomes	Costes Ratios de personal Formación de personal Características arquitectónicas, tamaño y ubicación del hogar Características de participantes (edad, genero, conducta adaptativa y desafiante, discapacidad física y sensorial, salud mental, autismo e historia residencial)	Calidad y naturaleza de los procedimientos utilizados para elaborar planes Clima social Apoyo para autodeterminación	Implicación en ocio y actividades comunitarias Redes sociales Conductas de salud (consumo de tabaco, alcohol, dieta y ejercicio físico) Riesgo de exposición a accidentes y lesiones, maltrato y explotación Satisfacción de participantes con discapacidad intelectual Satisfacción de familiares
Inputs	Service procesos	Outcomes					
Costes Ratios de personal Formación de personal Características arquitectónicas, tamaño y ubicación del hogar Características de participantes (edad, genero, conducta adaptativa y desafiante, discapacidad física y sensorial, salud mental, autismo e historia residencial)	Calidad y naturaleza de los procedimientos utilizados para elaborar planes Clima social Apoyo para autodeterminación	Implicación en ocio y actividades comunitarias Redes sociales Conductas de salud (consumo de tabaco, alcohol, dieta y ejercicio físico) Riesgo de exposición a accidentes y lesiones, maltrato y explotación Satisfacción de participantes con discapacidad intelectual Satisfacción de familiares					
<b>Tipo de evaluación económica</b>	2. Estudio coste-eficacia						
<b>Validez interna del estudio</b>	Satisfactoria						
<b>Validez externa del estudio</b>	Buena						
<b>Calidad del estudio de evaluación económica</b>	Aceptable						
<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Los usuarios de fórmulas de alojamiento en la comunidad tienen más opción de elección y redes sociales más amplias, tanto con personas con discapacidad intelectual como con otras personas sin discapacidad de la comunidad. En general, tienen una vida física más activa, menos accidentes en el domicilio y un mayor número y variedad de actividades de ocio. También tienen más probabilidad de estar expuestos al crimen y a los malos tratos verbales y a tener una semana de trabajo de menor duración.</li> <li>2. Los usuarios de complejos residenciales cuentan con redes de apoyo social más extensas, menos exposición al crimen y al maltrato verbal, una semana de trabajo más larga, y menos capacidad de elección y un número y variedad menor de actividades de ocio.</li> </ol>						

	<p>3. Los usuarios de centros residenciales tienen menos capacidad de elección, tienen redes de apoyo social menos extensas, una vida física menos activa, más accidentes en el domicilio, un número reducido pero variado de actividades de ocio, una gran exposición al crimen y al maltrato verbal y una semana de trabajo de menor duración.</p>
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	<p>El coste semanal total en las fórmulas de alojamiento en la comunidad fue de \$1.753.</p>
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	<p>El coste semanal total en los complejos residenciales fue de \$1.4146 y fue significativamente mayor que en los centros residenciales (\$1.524)</p>
<b>Otros resultados</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Los usuarios de fórmulas de alojamiento en comunidad fueron atendidas en escenarios similares a un hogar con una ratio alta de profesionales y un plan interno de trabajo y protocolos de dirección bien diseñados. Estas personas presentaban una probabilidad menor de contar con prescripción de medicación antipsicótica, de recibir chequeos de salud rutinarios y de ser vistos por el psicólogo.</li> <li>2. Los usuarios de complejos residenciales viven en un escenario menos similar a una casa con una ratio baja de personal y con unos planes internos y protocolos de gestión bien diseñados. Tienen menos probabilidades de recibir medicación antipsicótica o de ver a un psicólogo o psiquiatra y tienen más probabilidad de recibir test de salud rutinaria, testicular y de visión.</li> <li>3. Los usuarios de campus residenciales viven en entornos con poca apariencia de hogar con una baja ratio de personal y con un plan interno de trabajo y protocolos de dirección de mala calidad. Tienen más probabilidad que los otros dos de contar con prescripción de medicación antipsicótica.</li> </ol>
<b>Limitaciones del estudio</b>	<p>Las asociaciones a las que pertenecen los grupos de usuarios así como los propios usuarios no fueron elegidos al azar. Se analizan pocos ejemplos de cada tipo de alojamiento.</p>
<b>Conclusiones</b>	<p>Los autores concluyen que los campus residenciales ofrecen una calidad de la atención y una calidad de vida más pobre que las fórmulas de alojamiento en comunidad.</p> <p>En segundo lugar, se señala que las fórmulas de alojamiento en comunidad y los complejos residenciales muestran una serie de beneficios para sus usuarios. En este sentido, las fórmulas de alojamiento en comunidad promueven beneficios centrados en una mayor elección, un mayor tamaño de las redes sociales, una mejor integración social y un mayor número de actividades recreativas o de ocio. En el caso de los complejos residenciales, los beneficios consisten en un mayor tamaño de las redes sociales, una menor exposición a maltrato verbal y crímenes y un mayor número de días y de horas para actividades programadas.</p> <p>En relación al tamaño, las fórmulas de alojamiento en comunidad de gran tamaño obtuvieron malos resultados y, sin embargo, aquellas de menor tamaño sí mostraron relación con diferentes patrones de beneficios.</p>

	<p>Por último, se concluye que los datos del estudio no permitieron encontrar diferencias significativas en los niveles de satisfacción entre usuarios de diferentes fórmulas de alojamiento en comunidad y los costes de la provisión de servicios no muestran una relación clara con los resultados.</p>
<b>Relación coste-efectividad</b>	<p>Los alojamientos comunitarios integrados en la comunidad obtuvieron buenos resultados en comparación con los campus residenciales y, en menor medida, también en comparación con los complejos residenciales. No obstante, su coste fue de 229 dólares por usuario y año más elevado que el de los primeros y 339 dólares por usuario y año mayor que el segundo. Por tanto, no se puede afirmar que sea una alternativa coste efectiva.</p> <p>Por el contrario, los complejos residenciales muestran una buena relación coste-efectividad. En comparación con las fórmulas de alojamiento en comunidad y los centros residenciales su coste es significativamente menor y entre sus resultados destacan el alcanzar un mayor tamaño de las redes sociales, una menor exposición a maltrato verbal y crímenes y un mayor número de días y de horas para actividades programadas.</p>

<b>ID Estudio</b>	207
<b>Referencia</b>	Head, M.J. Conroy, J.W. "Outcomes of Self-Determination in Michigan. Quality and Costs". En: Costs and Outcomes of Community Services for People with Intellectual Disabilities. Baltimore, Paul H. Brookes, 2005, pp. 219-240.
<b>País</b>	Estados Unidos
<b>Ámbito geográfico</b>	
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Individualización de la atención
<b>Población destinataria</b>	Personas con discapacidad intelectual
<b>Descripción de la intervención</b>	<p>La intervención de individualización de la atención evaluada en este estudio consiste en proporcionar servicios de autodeterminación para personas con discapacidad intelectual en los que la persona se implica en la elaboración de su propio plan de atención y se fomenta que diseñe su propio plan de servicios y apoyos.</p> <p>Una vez que el plan está diseñado, se proporciona una asignación económica individual y se firma un acuerdo en el que se compromete a utilizar ese dinero para dicho plan. Este plan permite al usuario seleccionar, controlar y dirigir los servicios contratados.</p>
<b>Intensidad de la intervención</b>	
<b>Objetivos de la intervención</b>	<p>Empoderamiento / incrementar la autoeficacia</p> <p>Mejorar la calidad de vida</p> <p>Reducir el coste</p>
<b>Profesionales que intervienen</b>	
<b>Intervención con la que se compara</b>	Ninguna intervención
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	
<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	<p>Es un estudio pre-post en el que la muestra se compone de 70 personas con discapacidad intelectual.</p> <p>Se parte de la hipótesis de la autodeterminación por la que se plantea que las personas que pueden elegir libremente ganan control sobre sus vidas, con lo que se mejora la calidad de vida a la par que no se aumentan los costes.</p>
<b>Descripción de los</b>	Los cuestionarios empleados para la recogida de datos fueron:

<b>instrumentos utilizados para medir los resultados de la intervención</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Personal life quality protocol (PLQ) se utiliza para determinar la elección, la integración y la calidad de vida percibida. Se compone de varios instrumentos que se completan en una visita a domicilio.</li> <li>- Decision control inventory (DCI) para medir la capacidad para la toma de decisiones.</li> <li>- Harris poll of Americans with and without disabilities para medir el nivel de integración de la persona con discapacidad.</li> <li>- Quality of life changes para medir la percepción de la calidad de vida.</li> </ul>
<b>Tipo de evaluación económica</b>	2. Estudio coste-eficacia
<b>Validez interna del estudio</b>	Pobre
<b>Validez externa del estudio</b>	Buena
<b>Calidad del estudio de evaluación económica</b>	Pobre
<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	<p>Los resultados del trabajo indican que con la intervención se ha conseguido un aumento significativo en el poder y en el control que las personas con discapacidad tienen sobre la toma de decisiones. De manera específica, la intervención ha permitido mejorar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El proceso de contratación y despido del personal de apoyo</li> <li>- La elección de la persona de apoyo</li> <li>- La elección de poder decidir con quién vivir</li> <li>- La elección entre diferentes tipos de vivienda (casa y apartamento)</li> <li>- La elección del coordinador de caso</li> </ul> <p>En relación a la calidad de vida, los usuarios de este servicio muestran cambios significativos favorables en el número de salidas que fomentan su integración social, en la satisfacción personal percibida y en la felicidad experimentada.</p> <p>En general, la puesta en marcha de este servicio conlleva un descenso de un 8% en los costes públicos para los 70 usuarios del programa. En el caso de que se ajuste la inflación el descenso en costes alcanza el 16%. Los autores también señalan que la intervención provocó un aumento de costes en algunos usuarios.</p>
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	El coste medio de la intervención por usuario es de \$5.010.
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	
<b>Otros resultados</b>	<p>El control que ganan los individuos gracias a la intervención afecta tres áreas importantes de su vida:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Algunas personas se mudaron de centros formales a alojamientos independientes con apoyos.</li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"><li>2. Algunas personas recibieron apoyos y la ayuda de personas significativas en sus vidas</li><li>3. El apoyo de esas personas significativas provocó que la toma de decisiones por parte de los usuarios fuera realizada de mejor manera.</li></ol>
<b>Limitaciones del estudio</b>	
<b>Conclusiones</b>	<p>Los autores concluyen que la hipótesis de autodeterminación es cierta. Los resultados del trabajo permiten afirmar que el hecho de que las personas con discapacidad puedan elegir libremente los servicios que necesitan provoca una mejoría en su calidad de vida.</p> <p>Los autores concluyen que los resultados no solamente muestran que la autodeterminación es una aproximación a la provisión de servicios que permite ahorrar dinero, sino que también los participantes perciben que tienen más elección, menos dominación profesional y en general una mejor calidad de vida.</p>
<b>Relación coste-efectividad</b>	<p>La intervención individualizada evaluada en este trabajo es coste-efectiva ya que permite aumentar el poder y el control que las personas con discapacidad tienen sobre la toma de decisiones, mejora su calidad de vida y se reducen los costes asociados a la intervención.</p>

<b>ID Estudio</b>	209
<b>Referencia</b>	Hebert, R. Et Al. "Les Impacts du Réseau Intégré de Services Prisma". <i>Gérontologie et Société</i> , 124, 2008, pp. 15-47.
<b>País</b>	Canadá
<b>Ámbito geográfico</b>	Regional
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Servicios sociosanitarios integrados
<b>Población destinataria</b>	Personas mayores de 75 años dependientes o en riesgo de dependencia que viven en la comunidad (no residencializadas).
<b>Descripción de la intervención</b>	<p>Se trata de una red integrada de servicios socio-sanitarios. Las personas que requieren cuidados sanitarios y sociales (de acuerdo con una primera evaluación superficial) son derivadas a un centro que funciona como ventanilla única a todos los servicios sanitarios y sociales de la región. La red pone a disposición de la persona un gestor de casos que se ocupa de coordinar todos los servicios y un equipo multidisciplinar que evalúa sus necesidades y proporciona la atención necesaria. La valoración de necesidades se realiza mediante un único instrumento y se elabora un plan individualizado de atención. Toda la información relativa al caso se gestiona desde un mismo sistema de información al que tienen acceso todas las personas y entidades o instituciones implicadas en su atención (ya sean del ámbito social o sanitario). El gestor de casos tiene la capacidad y la posibilidad de ofrecer toda la gama de servicios disponibles en la región y debe trabajar en estrecha colaboración con el médico de familia, quien se ocupa de dar acceso a los servicios sanitarios especializados.</p> <p>Se trata de una red integrada de servicios sociosanitarios cuyos componentes fundamentales son: coordinación a nivel de planificación y gestión de los servicios; utilización de una única puerta de entrada a los servicios sociales y sanitarios; gestión de casos como elemento central de coordinación; planes de servicios individualizados; un instrumento de valoración unificado; una historia socio-sanitaria unificada e informatizada.</p>
<b>Intensidad de la intervención</b>	
<b>Objetivos de la intervención</b>	<p>Retrasar o evitar la institucionalización</p> <p>Mejorar o mantener la capacidad funcional</p> <p>Reducir el uso de servicios hospitalarios</p> <p>Incrementar la autodeterminación / autocontrol de las personas usuarias</p> <p>Incrementar el grado de satisfacción de las personas usuarias</p>

	Reducir la carga de trabajo de las personas cuidadoras
<b>Profesionales que intervienen</b>	Equipo multidisciplinar
<b>Intervención con la que se compara</b>	Atención habitual
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	Se compara con la intervención social y sanitaria habitual en Canadá. Hay que tener en cuenta que estos servicios ya presentan un elevado grado de coordinación en comparación con los que se dan en nuestro entorno, lo que significa que se puede subestimar ligeramente el efecto real de la intervención evaluada.
<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	De cara a comparar los beneficios de la red integrada de servicios respecto a la atención social y sanitaria habitual, se escogen 3 regiones de intervención y 3 regiones de comparación con características similares (identificadas mediante la técnica de Matusita (Junod & Wiltlisbach, 1981) En cada región se obtiene una muestra representativa de las personas mayores no institucionalizadas y se les envía un breve cuestionario para determinar cuántas de ellas se encuentran en riesgo o en situación de dependencia. Esta forma de seleccionar los participantes hace que sea posible medir los efectos de la implantación de una red integrada de servicios en toda la población potencialmente usuaria y no solamente en la población potencialmente demandante. Una vez elegidas las zonas de intervención y de control, y la muestra de individuos (N = 920) con los que intervenir en cada zona, se hace un seguimiento de éstos durante cinco años. Debido a la pérdida de participantes (por fallecimiento, residencialización, etc.) a lo largo del estudio resulta necesario reforzar la muestra en el tercer año, con 581 nuevos individuos. En el quinto año de intervención se dispone de una muestra de 829 individuos. En total 728 personas formaron parte del grupo experimental y 773 conformaron el grupo control.
<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la intervención</b>	Para cada individuo de los grupos experimental y de control, se miden las siguientes variables: <ul style="list-style-type: none"> <li>- La pérdida de autonomía (Escala SMAF)</li> <li>- El grado de satisfacción con los servicios recibidos, diferenciando entre los siguientes 3 componentes: la satisfacción en cuanto a la relación con los profesionales, con la prestación de servicios y con la organización de servicios.</li> <li>- El grado de autodeterminación de las personas usuarias, diferenciando entre su grado de implicación en las decisiones adoptadas, su grado de implicación en la interacción con los profesionales y el nivel de control sobre los servicios recibidos.</li> <li>- La apreciación subjetiva de la carga de trabajo de los cuidadores familiares (Escala Zarit)</li> <li>- La utilización de servicios de salud y servicios sociales (públicos y privados). Para recoger esta información se les pidió a los participantes o a sus cuidadores que rellenaran un diario con todos los servicios utilizados (explicándoles detalladamente cómo debían cumplimentarlo) y se les contac-</li> </ul>

	tó telefónicamente cada dos meses para reducir los olvidos y asegurar una correcta cumplimentación de la información sobre la utilización de servicios.
<b>Tipo de evaluación económica</b>	9. No es una evaluación económica completa
<b>Validez interna del estudio</b>	Satisfactoria
<b>Validez externa del estudio</b>	Buena
<b>Calidad del estudio de evaluación económica</b>	Aceptable
<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	La intervención no ha tenido efectos significativos en la tasa de residencialización, aunque se observa un ligero retraso de la misma entre las personas con una dependencia más severa.
	La intervención ha tenido los siguientes efectos en cuanto a mejorar o mantener la capacidad funcional de las personas: <ul style="list-style-type: none"> <li>- No ha tenido efectos significativos en la tasa de mortalidad</li> <li>- A partir del tercer año de intervención, se observa una mejora significativa del 6,3% en la proporción de personas cuya capacidad funcional se ha deteriorado. En el cuarto año, la diferencia entre los grupos experimental y de control es del 14% (IC 99%).</li> <li>- Los hándicaps (definidos como incapacidades no resueltas o compensadas) se reducen notablemente a lo largo del estudio para el grupo de intervención, mientras que aumentan en el grupo de control.</li> </ul>
	La intervención ha tenido los siguientes efectos en cuanto a reducir el uso de servicios hospitalarios: <ul style="list-style-type: none"> <li>- La tasa de visitas a urgencias aumenta mucho menos en el grupo experimental (pasa del 46% al 49%) que en el grupo de control (pasa del 32% al 54%)</li> <li>- La proporción de personas que han tenido al menos un ingreso hospitalario al año, aumenta mucho menos en el grupo experimental (pasa del 31,3 al 33,3%) que en el grupo de control (donde pasa de 28,4 a 36,1%)</li> </ul>
	La intervención ha tenido los siguientes efectos en cuanto a incrementar la autodeterminación / autocontrol de las personas usuarias: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Al inicio del estudio, las personas de las zonas de comparación tenían una mayor percepción de autocontrol que en las zonas experimentales.</li> <li>- Durante el estudio se observa una mejora en los índices de autocontrol en las zonas de intervención, y un empeoramiento de los mismos en las zonas de control. Las diferencias se producen sobre todo en las subescalas de nivel de control e implicación en las decisiones.</li> </ul>
	La intervención ha tenido los siguientes efectos en cuanto a incrementar el grado de satisfacción de las personas usuarias:

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Al inicio de la intervención el nivel de satisfacción de las personas usuarias era menor en las zonas experimentales que en las de comparación.</li> <li>- El nivel de satisfacción evoluciona de forma favorable en las zonas experimentales (se incrementa un 5% la puntuación en la escala) mientras que en las zonas de control disminuye el grado de satisfacción.</li> <li>- Las mayores diferencias respecto al inicio de la intervención se dan en las subescalas relativas a la prestación y la organización de los servicios.</li> </ul>
	<p>La intervención ha tenido los siguientes efectos en cuanto a reducir la carga de trabajo de las personas cuidadoras familiares:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se produce un incremento significativo de la carga percibida por los cuidadores a lo largo del estudio en las zonas experimentales. En las zonas de control también se produce un incremento pero no significativo.</li> </ul>
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	Los costes pasan de unos 17.000 \$ a 20.000 \$ por persona y año en los 5 años del estudio.
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	
<b>Otros resultados</b>	
<b>Limitaciones del estudio</b>	
<b>Conclusiones</b>	<p>La red integrada de servicios sociosanitarios ha demostrado tener la capacidad de reducir la prevalencia de la pérdida de autonomía en un 6,2% y su incidencia en un 13,7%. La proporción de sujetos con hándicaps se ha reducido un 31%. Se han reducido las visitas a urgencias y los ingresos hospitalarios por parte de las personas mayores, y se ha incrementado su grado de satisfacción con los servicios y su grado de autocontrol sobre la atención recibida. No ha tenido efectos o ha tenido efectos ligeramente negativos en la carga percibida por los cuidadores/as familiares.</p> <p>Los beneficios producidos por la intervención se han dado sin un mayor coste que la atención habitual, siendo los costes generados por la coordinación de los servicios compensados gracias a la mejora del estado de salud de las personas y una menor utilización de los servicios sanitarios más costosos (urgencias y hospitalizaciones).</p>
<b>Relación coste-efectividad</b>	Se producen beneficios para las personas usuarias en las áreas del mantenimiento de la capacidad funcional, la satisfacción con el servicio y el autocontrol a un mismo coste que la atención habitual.

<b>ID Estudio</b>	210
<b>Referencia</b>	Kennedy, A. Et Al. "The Effectiveness and Cost Effectiveness of a National Lay-Led Self Care Support Programme for Patients with Long-Term Conditions: a Pragmatic Randomised Controlled Trial". <i>Journal of Epidemiology and Community Health</i> , 61, 3, 2007, pp. 254-261.
<b>País</b>	Reino Unido
<b>Ámbito geográfico</b>	Nacional
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Autocuidado
<b>Población destinataria</b>	<p>Personas con una enfermedad crónica. Aunque no se dirige específicamente a personas mayores, la edad media de los participantes fue relativamente elevada (55,5 años de media).</p> <p>La condición para recibir el servicio es que la persona afirme tener una enfermedad crónica, sin que se compruebe por medios objetivos.</p>
<b>Descripción de la intervención</b>	<p>La intervención consiste en un programa formativo genérico, impartido por personal no profesional, cuyo objetivo consiste en mejorar las habilidades de autocuidado de las personas con una enfermedad crónica. La intervención tiene una duración de 6 semanas, y consiste en una sesión formativa de 2,5 horas a la semana. Se trata de una adaptación del Chronic Disease Self Management Programme (CDSMP) Estadounidense. La formación combina sesiones teóricas (sobre relajación, dieta, ejercicio, fatiga, cómo salir del círculo sintomático, control del dolor y sobre medicación y comunicación) y sesiones prácticas, en las que la persona mayor se plantea una acción específica y razonable para mejorar su estado de salud y realiza un plan detallando qué, cuánto, cuándo y con qué frecuencia va a llevar a cabo dicha acción. También debe establecer su grado de confianza en sus posibilidades para llevar a cabo este plan de acción. El objetivo de estas sesiones prácticas es incrementar la autoeficacia de las personas usuarias, a medida que se les enseña a refinar sus objetivos y planes hasta tener plena confianza en que los pueden realizar. En la sesión siguiente los participantes cuentan cómo les ha ido en la realización de su plan y discuten con el grupo las dificultades encontradas. Se trata de un proceso de aprendizaje social.</p> <p>Se trata de una intervención formativa para mejorar la capacidad de autocuidado de las personas con enfermedades crónicas.</p>
<b>Intensidad de la intervención</b>	15 horas, durante 6 semanas
<b>Objetivos de la intervención</b>	<p>Empoderamiento / incrementar la autoeficacia</p> <p>Mejorar el estado de salud de las personas usuarias</p>

	Reducir el uso de servicios sanitarios
<b>Profesionales que intervienen</b>	Personal no profesional
<b>Intervención con la que se compara</b>	Ninguna intervención
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	
<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	<p>Se escogió una muestra de 629 personas con enfermedades crónicas. Los participantes fueron asignados aleatoriamente al grupo de intervención (N=313) o a una lista de espera, en la que no recibirían el servicio hasta una vez finalizada la evaluación (N=316). Los participantes del grupo de intervención recibieron la formación tal y como se ha descrito.</p> <p>Los grupos de intervención y de control fueron muy similares en cuanto al tipo de enfermedad, la edad, el género, la etnia y otras variables sociodemográficas.</p> <p>El objetivo del estudio ha consistido en analizar si, tras 6 meses, la intervención mejora la autoeficacia y el estado de salud de las personas usuarias, y si esto incide en la utilización de servicios sanitarios. Se recogieron datos completos para 248 usuarios del grupo de intervención y 273 del grupo de control.</p>
<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la intervención</b>	<p>Se utilizaron cuestionarios de autoevaluación con distintas escalas para medir el cumplimiento de los distintos objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Autoeficacia: para hacer ejercicio, para manejar la enfermedad, para manejar los síntomas, para manejar la depresión.</li> <li>- Hábitos saludables: ejercicio aeróbico, dieta, utilización de la medicina complementaria, relajación, búsqueda de información sobre la salud, colaboración con los profesionales de la salud.</li> <li>- Estado de salud: vitalidad, estado general de salud, limitaciones en el desempeño social (social role limitations), dolor, bienestar psicológico, ansiedad respecto al estado de salud.</li> <li>- Utilización de servicios sanitarios: visitas al médico, enfermería, servicios de urgencias, especialistas, hospitalizaciones.</li> </ul> <p>Cada participante cumplimentó el cuestionario antes de comenzar la intervención y 6 meses después.</p> <p>Los costes de la intervención se calcularon en 250 libras esterlinas por persona usuaria. Los costes totales por persona se calcularon sumando los costes de la intervención (para el grupo de intervención), de todos los servicios sanitarios utilizados, de los medicamentos consumidos y de los gastos en los que incurrieron las personas usuarias de forma privada (gastos personales).</p>
<b>Tipo de evaluación económica</b>	2. Estudio coste-eficacia
<b>Validez interna del estudio</b>	Satisfactoria
<b>Validez externa del</b>	Buena

<b>estudio</b>	
<b>Calidad del estudio de evaluación económica</b>	Buena
<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	<p>La intervención mejoró significativamente la autoeficacia de las personas que participaron en la misma, incrementando su grado de confianza en su capacidad de autocuidado.</p> <p>En cuanto al estado de salud, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de intervención y de control en las siguientes áreas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La energía / vitalidad</li> <li>- La reducción de las limitaciones en el desempeño social</li> <li>- El bienestar psicológico</li> <li>- La ansiedad respecto a la salud (Health distress)</li> </ul> <p>Sin embargo, no se apreciaron diferencias significativas entre ambos grupos en cuanto a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El estado general de salud</li> <li>- El dolor</li> </ul> <p>Respecto a la adquisición de hábitos saludables, la intervención mejoró significativamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La realización de ejercicio aeróbico</li> <li>- La relajación</li> <li>- La colaboración con los profesionales de la salud</li> </ul> <p>Por otra parte, no se observaron diferencias significativas en relación con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La dieta</li> <li>- La utilización de la medicina complementaria</li> <li>- La búsqueda de información sobre la salud.</li> </ul>
	Respecto a la utilización de los servicios de salud, no se apreciaron diferencias significativas entre los dos grupos. Se apreció una disminución en el uso de servicios hospitalarios, aunque no resultó significativa. No obstante, en global, esta reducción se tradujo en una disminución del coste por paciente para el sistema de salud como resultado de la intervención.
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	250 libras esterlinas (378€) por persona usuaria.
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	
<b>Otros resultados</b>	
<b>Limitaciones del estudio</b>	
<b>Conclusiones</b>	La intervención resultó en una mayor autoeficacia de las personas que participaron en la intervención, así como en una mejora de algunos hábitos de salud (ejercicio, relajación, colaboración con los profesionales de salud). Esto se tradujo en una mejora del estado de salud de estas personas (vitalidad, reducción de limitaciones para el desempeño social, bienestar psicológico).

	<p>gico, reducción de la ansiedad respecto a la salud). No se apreciaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al uso de servicios de salud, aunque se detectó una disminución en el uso de servicios hospitalarios.</p>
<b>Relación coste-efectividad</b>	<p>La intervención resultó coste-efectiva ya que consiguió incrementar la auto-eficacia de las personas usuarias, instaurar algunos hábitos saludables y, en consecuencia, se consiguió mejorar su estado de salud. No se produjo una reducción estadísticamente significativa en el uso de los servicios de salud, aunque ésta fue suficiente para que el coste total de los servicios utilizados por las personas del grupo de intervención fuera menor que el del grupo de control (el coste de los servicios sanitarios utilizados por las personas del grupo de intervención fue 27 libras esterlinas (41€) menor que en el grupo de control)</p>

<b>ID Estudio</b>	211
<b>Referencia</b>	Richardson, G. Et Al. "Cost Effectiveness of the Expert Patients Programme (EPP) for Patients with Chronic Conditions". <i>Journal of Epidemiology and Community Health</i> , 62, 4, 2008, pp. 361-367.
<b>País</b>	Reino Unido
<b>Ámbito geográfico</b>	Nacional
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Autocuidado
<b>Población destinataria</b>	<p>Personas con una enfermedad crónica. Aunque no se dirige específicamente a personas mayores, la edad media de los participantes fue relativamente elevada (55,5 años de media).</p> <p>La condición para recibir el servicio es que la persona afirme tener una enfermedad crónica, sin que se compruebe por medios objetivos.</p>
<b>Descripción de la intervención</b>	<p>La intervención consiste en un programa formativo genérico, impartido por personal no profesional, cuyo objetivo consiste en mejorar las habilidades de autocuidado de las personas con una enfermedad crónica. La intervención tiene una duración de 6 semanas, y consiste en una sesión formativa de 2,5 horas a la semana. Se trata de una adaptación del Chronic Disease Self Management Programme (CDSMP) Estadounidense. La formación combina sesiones teóricas (sobre relajación, dieta, ejercicio, fatiga, cómo salir del círculo sintomático, control del dolor y sobre medicación y comunicación) y sesiones prácticas, en las que la persona mayor se plantea una acción específica y razonable para mejorar su estado de salud y realiza un plan detallando qué, cuánto, cuándo y con qué frecuencia va a llevar a cabo dicha acción. También debe establecer su grado de confianza en sus posibilidades para llevar a cabo este plan de acción. El objetivo de estas sesiones prácticas es incrementar la autoeficacia de las personas usuarias, a medida que se les enseña a refinar sus objetivos y planes hasta tener plena confianza en que los pueden realizar. En la sesión siguiente los participantes cuentan cómo les ha ido en la realización de su plan y discuten con el grupo las dificultades encontradas. Se trata de un proceso de aprendizaje social.</p> <p>Se trata de una intervención formativa para mejorar la capacidad de autocuidado de las personas con enfermedades crónicas.</p>
<b>Intensidad de la intervención</b>	15 horas, durante 6 semanas
<b>Objetivos de la intervención</b>	<p>Mejorar el estado de salud de las personas usuarias</p> <p>Reducir el uso de servicios sanitarios</p>

<b>Profesionales que intervienen</b>	Personal no profesional
<b>Intervención con la que se compara</b>	Ninguna intervención
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	
<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	<p>Se escogió una muestra de 629 personas con enfermedades crónicas. Los participantes fueron asignados aleatoriamente al grupo de intervención (N=313) o a una lista de espera, en la que no recibirían el servicio hasta una vez finalizada la evaluación (N=316). Los participantes del grupo de intervención recibieron la formación tal y como se ha descrito.</p> <p>Los grupos de intervención y de control fueron muy similares en cuanto al tipo de enfermedad, la edad, el género, la etnia y otras variables sociodemográficas.</p> <p>El objetivo del estudio ha consistido en analizar si, tras 6 meses, la intervención produce ganancias en años de vida ajustados por calidad, y si esto incide en la utilización de servicios sanitarios. Se recogieron datos completos para 248 usuarios del grupo de intervención y 273 del grupo de control.</p>
<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la intervención</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estado de salud: se midió en términos de Años de vida Ajustados en Calidad o AVAC. Los AVAC ganados se calcularon utilizando el instrumento Euroqol EQ5D. Este instrumento mide la salud de los pacientes en 5 dimensiones (movilidad, autocuidado, actividades diarias, dolor/malestar y ansiedad/depresión) con tres posibles respuestas (sin problemas, problemas moderados, o problemas graves). De esta manera se sitúa a cada persona en uno de 245 estados de salud mutuamente excluyentes, cada uno valorado entre 0 (equivalente a muerto) y 1 (equivalente a plena salud). La puntuación o "EQ5D utility score" obtenida en el momento previo al inicio de la intervención y a los 6 meses se representa en un gráfico, lo que nos da los AVAC ganados para cada paciente a lo largo de los 6 meses. Cuando se comparan los AVAC ganados para cada intervención se genera una estimación del diferencial entre los dos grupos. Estas estimaciones se ajustaron para tener en cuenta los valores normales. El sexo y la edad también se incluyeron como co-variables.</li> <li>- Utilización de recursos: los participantes aportaron la información sobre los recursos sanitarios utilizados, incluyendo: visitas al médico, enfermería, servicios de urgencias, especialistas y hospitalizaciones</li> </ul>
<b>Tipo de evaluación económica</b>	3. Estudio coste-utilidad
<b>Validez interna del estudio</b>	Satisfactoria

<b>Validez externa del estudio</b>	Buena
<b>Calidad del estudio de evaluación económica</b>	Buena
<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	<p>La intervención consiguió mejorar el estado de salud de las personas usuarias en las dimensiones de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ansiedad/depresión. Se incrementó la proporción de personas sin problemas en esta dimensión en ambos grupos. No obstante, en el grupo que participó en el programa, la reducción se produjo en el grupo más afectado al inicio, mientras que en el grupo de control se dio en el grupo intermedio de moderadamente afectados.</li> <li>- La capacidad de autocuidado de las personas que participaron en el programa aumentó, por término medio, mientras que en el grupo de control disminuyó.</li> <li>- La proporción de personas severamente afectadas en las actividades diarias se redujo, especialmente en el grupo de intervención.</li> <li>- En términos de AVAC, o años de vida ajustados en calidad, esta mejora del estado de salud se tradujo en una ganancia de 0,02 AVAC.</li> </ul>
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	<p>No se observó una diferencia significativa en cuanto al uso de servicios sanitarios, aunque sí se redujo algo el uso de servicios hospitalarios. Esta reducción se tradujo en un menor coste total para las personas que participaron en la intervención.</p> <p>Hay que decir, que si bien el coste de los servicios de salud utilizados disminuyó para el grupo de intervención, el coste privado (los gastos realizados por las propias personas usuarias) fueron mayores en el grupo que participó en el programa.</p>
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	
<b>Otros resultados</b>	
<b>Limitaciones del estudio</b>	
<b>Conclusiones</b>	
	1.919 libras esterlinas (intervención + todos los servicios de salud utilizados en 6 meses)
<b>Relación coste-efectividad</b>	<p>1.939 libras esterlinas (todos los servicios de salud utilizados en 6 meses)</p> <p>La intervención resultó claramente coste-efectiva puesto que se consiguió mejorar la salud de las personas usuarias a un coste sanitario menor que en el grupo de control. Este resultado se mostró robusto frente a diferentes análisis de sensibilidad.</p>

No obstante, para verificar este dato los autores calcularon el Beneficio Monetario neto (Net Monetary Benefit) que se conseguiría para distintos valores de la disposición social a pagar por un AVAC. De esta forma estiman que a un valor convencional de 20.000 libras esterlinas por AVAC (valor que el NHS considera aceptable pagar por un AVAC ganado) la probabilidad de que la intervención fuera coste-efectiva sería del 94%.

Se ganaron años en calidad de vida. Se redujo ligeramente el coste de los servicios de salud utilizados. Con una disposición social a pagar por conseguir un AVAC de 20.000 libras esterlinas (30.282€, umbral aceptado también en España), hay una probabilidad del 94% de que la intervención resulte coste-efectiva.

<b>ID Estudio</b>	212
<b>Referencia</b>	Greene, V.L. Et Al. "Reducing Nursing Home Use Through Community Long-Term Care: An Optimization Analysis Using Data From the National Channeling Demonstration". Washington, U.S. Department of Health and Human Services, 1992, pp. 35.
<b>País</b>	Estados Unidos
<b>Ámbito geográfico</b>	Nacional
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Servicios comunitarios en general
<b>Población destinataria</b>	Personas mayores con discapacidades que vivían en la comunidad y que tenían necesidades no cubiertas. También se incluyeron personas mayores que vivían en centros residenciales, siempre que se consideraran buenas candidatas para volver a la comunidad con el apoyo necesario.
<b>Descripción de la intervención</b>	
<b>Intensidad de la intervención</b>	
<b>Objetivos de la intervención</b>	Retrasar o evitar la institucionalización
<b>Profesionales que intervienen</b>	
<b>Intervención con la que se compara</b>	Ninguna intervención
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	
<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	Se trata de un estudio de optimización. Con él se pretende averiguar si resulta posible reducir el uso de servicios residenciales en la población haciendo un mayor uso de servicios comunitarios y sin incrementar el coste de éstos. El modelo pretende mostrar cómo habría que configurar el servicio, teóricamente, para minimizar la tasa de residencialización de la población, es decir, a qué tipos de perfiles habría que orientar el servicio para que fuera lo más eficiente posible a la hora de evitar la institucionalización. Al comparar esta configuración teórica con la que se da en la práctica se logra conocer la naturaleza de las ineficiencias actuales, y se realizan recomendaciones para corregirlas. Para calcular este modelo, se utilizan datos de la National Long-Term Care Channeling Demonstration, un estudio con una muestra representativa de la población a escala nacional.
<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir</b>	La principal variable de resultado fue el riesgo de residencialización, que se calculó a partir de la probabilidad de que un individuo de la muestra se encontrara en una residencia en un momento dado.

<b>los resultados de la intervención</b>	<p>Las variables dependientes fundamentales fueron el uso (horas mensuales de atención recibidas) de servicios comunitarios, incluida la atención sanitaria domiciliaria y la atención social (apoyo para tareas personales y domésticas). Otros servicios como la fisioterapia a domicilio no fueron suficientemente utilizados por los individuos de la muestra como para permitir una estimación estadística fiable de sus efectos.</p> <p>La información sobre los servicios utilizados se recogió mediante cuestionario, a los 6 y 12 meses de intervención. Se utilizó una submuestra del estudio (contando únicamente con aquellos casos para los que se disponía de información completa sobre las variables de interés). La submuestra utilizada fue de 2.406 individuos, con características muy similares a los de la muestra completa, por lo que puede considerarse igualmente representativa del estudio.</p>
<b>Tipo de evaluación económica</b>	9. No es una evaluación económica completa
<b>Validez interna del estudio</b>	No aplicable
<b>Validez externa del estudio</b>	No aplicable
<b>Calidad del estudio de evaluación económica</b>	No aplicable
<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	<p>Los resultados muestran que los servicios comunitarios pueden reducir considerablemente la utilización de servicios residenciales cuando los recursos se dirigen a la población adecuada. También se observa que los sistemas de asignación de recursos comunitarios en los años 90 en los Estados Unidos, eran muy ineficientes a este respecto.</p> <p>De acuerdo con el modelo teórico elaborado, para poder reducir el uso de servicios residenciales, resulta necesario incrementar la intensidad de la enfermería a domicilio, y también de los servicios de atención doméstica, reduciendo en cambio, las modalidades intermedias de atención personal.</p> <p>Por otra parte, el modelo muestra claramente la necesidad de concentrar los recursos comunitarios en las personas mayores que viven solas, las que tienen más discapacidades en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, las que tienen su capacidad cognitiva afectada, las que no tienen hijos/as y las que tienen una menor capacidad económica.</p>
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	
<b>Otros resultados</b>	
<b>Limitaciones del estudio</b>	
<b>Conclusiones</b>	
<b>Relación coste-</b>	El estudio demuestra que si los servicios comunitarios se dirigen a la pobla-

**efectividad**

ción de mayor riesgo de institucionalización -personas solas, más dependientes y con menos recursos económicos- resulta posible reducir la tasa de residencialización sin incrementar el coste total para el sistema.

<b>ID Estudio</b>	213
<b>Referencia</b>	Toseland, R.W. Smith, T.L. "The Impact of a Caregiver Health Education Program On Health Care Costs". <i>Research On Social Work Practice</i> , 16, 1, 2006, pp. 9-19.
<b>País</b>	Estados Unidos
<b>Ámbito geográfico</b>	Local
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Autocuidado
<b>Población destinataria</b>	Cónyuges de personas mayores dependientes. Para poder participar debía tratarse de personas de 55 y más años, que cuidan de un cónyuge con una o más dificultades en las actividades básicas o instrumentales de la vida diaria y que tienen síntomas de sobrecarga por el cuidado que proporcionan.
<b>Descripción de la intervención</b>	<p>Se trata de un programa de formación destinada a los cónyuges de personas mayores dependientes que tiene como objetivo mejorar su capacidad de autocuidado y de cuidar de la persona dependiente.</p> <p>Se forman grupos de entre 5 y 8 cuidadores a los que se les ofrecen 8 sesiones semanales de 2 horas de duración, seguidas de 10 sesiones mensuales de mantenimiento de 2 horas de duración cada una.</p> <p>Los principales componentes del programa de formación son: (a) estrategias de afrontamiento basadas en las emociones, (b) educación sobre el cuidado y los recursos comunitarios existentes (c) estrategias de resolución de problemas y (d) apoyo grupal.</p>
<b>Intensidad de la intervención</b>	
<b>Objetivos de la intervención</b>	Reducir el uso de servicios sanitarios
<b>Profesionales que intervienen</b>	Trabajador social
<b>Intervención con la que se compara</b>	Atención habitual
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	Las personas que no participaron en el programa tuvieron acceso a los servicios habituales de su seguro sanitario (HMO)
<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	Los participantes eran clientes de una organización médica (Health Maintenance Organization). Para poder participar debía tratarse de personas de 55 y más años, que cuidaban de un cónyuge con una o más dificultades en las actividades básicas o instrumentales de la vida diaria y que tenían síntomas de sobrecarga por el cuidado que proporcionaban. Estas condiciones se verificaron mediante escalas apropiadamente validadas (Older Americans Research and Services Centre Instrument -OARS- y Caregiver Strain Index). También se verificó, utilizando la Short Portable Mental Status Questionnaire, que las personas cuidadoras tenían un estado cognitivo suficientemen-

	<p>te saludable como para poder beneficiarse de las sesiones formativas.</p> <p>Con estos criterios, se seleccionaron 105 parejas que fueron asignadas al azar al grupo de intervención o de control.</p> <p>Se realizó un seguimiento, durante 2 años, del uso que hacían las parejas participantes de los servicios de salud de la organización médica a la que pertenecían.</p>
<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la intervención</b>	<p>La propia organización médica proporcionó datos sobre el uso de servicios sanitarios 6 meses antes de comenzar la intervención, y 6 meses, 1 año, 18 meses y 2 años después.</p> <p>Se pidió a los participantes que completaran esta información con autoinformes sobre otros servicios de salud utilizados (financiados de forma privada o por otras vías) pero finalmente no se pudo recoger la información deseada.</p>
<b>Tipo de evaluación económica</b>	4. Estudio coste-beneficio
<b>Validez interna del estudio</b>	Satisfactoria
<b>Validez externa del estudio</b>	Buena
<b>Calidad del estudio de evaluación económica</b>	Aceptable
<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	<p>La intervención fue eficiente a la hora de reducir la utilización de servicios sanitarios, tanto por parte de las personas cuidadoras, como de las personas dependientes a las que cuidaban. Tanto para las cuidadoras como para las cuidadas, la principal reducción se dio en servicios ambulatorios. En el caso de los servicios hospitalarios, de urgencias o de los fármacos, no se apreciaron diferencias entre el grupo de intervención y de control.</p> <p>La menor utilización de servicios ambulatorios por parte de las personas cuidadoras resultó en un ahorro de 1.529,89 \$ por persona cuidadora a lo largo de los dos años de seguimiento. En el caso de las personas cuidadoras, esta reducción del uso de servicios ambulatorios se dio desde las fases más tempranas de seguimiento, lo que indica que los efectos de la intervención son relativamente inmediatos.</p> <p>En el caso de las personas cuidadas, la intervención tuvo el efecto de reducir el uso de servicios ambulatorios, con un ahorro total de 4.341,93 \$ por persona durante los dos años posteriores a la intervención. Al contrario de lo que sucedía con las personas cuidadoras, los efectos en este caso no fueron inmediatos. Al contrario, los gastos aumentaron ligeramente durante los primeros meses posteriores a la intervención, para reducirse marcadamente después.</p>
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	257,14 \$ por persona cuidadora formada.
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	0 \$.

<b>Otros resultados</b>	
<b>Limitaciones del estudio</b>	<p>La perspectiva adoptada que solo tiene en cuenta los gastos generados para la organización médica (seguro sanitario) de la que formaban parte las personas que participaron, no permite tener una visión completa del coste sanitario que generaron. Por otra parte, no se investiga si la reducción en la utilización de servicios sanitarios financiados por esta organización se dio a costa de su transferencia a otros servicios o sistemas (como el de servicios sociales). De hecho, es probable que se dieran transferencias de este tipo, ya que uno de los aspectos trabajados en el programa fue precisamente proporcionar un mayor conocimiento a las personas cuidadoras sobre los servicios comunitarios existentes que podrían ayudarles a la hora de aliviar su carga.</p>
<b>Conclusiones</b>	
<b>Relación coste-efectividad</b>	<p>El coste de la intervención fue de algo más de 257 \$ por persona, mientras que el ahorro que supuso a la organización sanitaria fue de más de 5.800 por persona, lo que significa que la intervención es claramente coste-beneficiosa. Hay que tener en cuenta, no obstante, que no se investigó la posible transferencia de costes a otros sistemas como el de servicios sociales.</p>

<b>ID Estudio</b>	215
<b>Referencia</b>	Nichols, L.O. Et Al. "The Cost-Effectiveness of a Behavior Intervention with Caregivers of Patients with Alzheimer's Disease". Journal of the American Geriatrics Society, 56, 3, 2008, pp. 413-420.
<b>País</b>	Estados Unidos
<b>Ámbito geográfico</b>	Regional
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Autocuidado
<b>Población destinataria</b>	Personas cuidadoras informales de personas con Alzheimer.  Para poder participar en el estudio, las personas cuidadoras tenían que tener 21 años o más y haber estado cuidando a la persona con Alzheimer 4 horas diarias o más durante al menos 6 meses. Las personas cuidadas debían tener un diagnóstico de Alzheimer o haber obtenido menos de 24 puntos en el MMSE, y tener al menos una limitación para las actividades básicas de la vida diaria, o dos o más limitaciones en las actividades instrumentales de la vida diaria.
<b>Descripción de la intervención</b>	Se trata de una intervención individual, con una duración de 6 meses. Durante este tiempo, las personas usuarias reciben 12 sesiones de intervención (9 visitas domiciliarias y 3 por contacto telefónico). Además participan en 5 sesiones telefónicas de apoyo en grupo (5 o 6 cuidadores/as).  Se trata de una intervención psico-social con personas cuidadoras que pretende reducir su nivel de estrés y su carga de trabajo.
<b>Intensidad de la intervención</b>	
<b>Objetivos de la intervención</b>	Reducir la carga de trabajo de las personas cuidadoras
<b>Profesionales que intervienen</b>	
<b>Intervención con la que se compara</b>	Ninguna intervención
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	A los participantes en el grupo de control se les realizaron 2 breves visitas de "comprobación" en su domicilio.
<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	Los participantes fueron asignados aleatoriamente al grupo de intervención (N= 55) o de control (N= 57). Los participantes en el grupo de intervención recibieron el programa tal y como se ha descrito. Los participantes en el grupo de control recibieron 2 visitas de comprobación en el domicilio. Tanto al inicio de la intervención como al final de la misma (6 meses después) se recogieron numerosos datos sobre la calidad de vida de las perso-

	<p>nas cuidadoras en cinco aspectos: la carga de trabajo, la depresión y el bienestar emocional, la presencia de conductas saludables, el apoyo social, y la presencia de problemas de conducta en la persona cuidada.</p> <p>La principal medida para el estudio de coste eficacia fue la cantidad de tiempo libre disponible al día. La hipótesis de los investigadores fue que si la intervención mejoraba la capacidad de cuidado de las personas cuidadoras informales y disminuía los problemas de conducta de las personas con Alzheimer, todo ello redundaría en la reducción del número de horas de atención diarias de dedicación de las personas cuidadoras. Lógicamente los investigadores asumen (aunque no comprueban) que esta reducción en el tiempo de dedicación de los cuidadores informales se produce sin una disminución en la calidad de la atención prestada.</p>
<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la intervención</b>	<p>Todos los participantes completaron una batería de instrumentos de depresión, carga del trabajo, auto-cuidado, salud y apoyo social en el momento del inicio y a los 6 meses.</p> <p>Para medir la calidad de vida se midieron las siguientes variables:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Carga de trabajo del cuidador: Zarit Burden Interview</li> <li>- Depresión y bienestar emocional: Center for epidemiologic studies depression scale (CES-D)</li> <li>- Auto-cuidado y conductas saludables</li> <li>- Apoyo social: apoyo recibido, satisfacción con el apoyo e interacciones negativas</li> <li>- Problemas de conducta entre cuidador y persona dependiente: Revised memory and behavior problema checklist (RMBPC)</li> </ul> <p>Para medir la discapacidad de las personas mayores se utilizó:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mini-mental state examination (MMSE)</li> </ul>
<b>Tipo de evaluación económica</b>	2. Estudio coste-eficacia
<b>Validez interna del estudio</b>	Satisfactoria
<b>Validez externa del estudio</b>	Buena
<b>Calidad del estudio de evaluación económica</b>	Aceptable
<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	La intervención consiguió reducir la carga de trabajo de las personas cuidadoras informales, reduciendo, por término medio, en 1,3 horas diarias su dedicación a la atención de la persona con Alzheimer.
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	1.214 \$ por persona cuidadora en los 6 meses de intervención.
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	54 \$ por persona cuidadora en los 6 meses de intervención.
<b>Otros resultados</b>	
<b>Limitaciones del</b>	Una importante limitación del estudio es que se dio por supuesto que la

<b>estudio</b>	<p>reducción en el número de horas de dedicación de las personas cuidadoras del grupo de intervención se dio sin ningún impacto en la calidad de la atención recibida. No obstante, dado que no se comprobó este particular, es posible que la reducción del número de horas de atención proporcionadas a las personas con Alzheimer del grupo de intervención supusiera también una reducción en su calidad de vida.</p> <p>Por otra parte, aunque se recogió información sobre los servicios sanitarios (y sociales) utilizados por las personas que participaron en el estudio y no se detectaron diferencias significativas entre el grupo de intervención y el de control, hay que tener en cuenta que esta información fue proporcionada por las propias personas cuidadoras, lo que no descarta del todo que la reducción en la dedicación de los cuidadores del grupo de intervención estuviera relacionada con una mayor utilización de servicios formales.</p> <p>Finalmente, al calcular el coste de una hora de tiempo libre ganada, los autores dan por supuesto que el efecto que miden a los seis meses de la intervención, en un día concreto (1,3 horas menos de atención), se mantiene constante durante seis meses.</p>
<b>Conclusiones</b>	<p>Inicialmente, antes de comenzar el estudio, los cuidadores del grupo de intervención proporcionaban a sus familiares una media de 7,1 horas de atención diarias y las del grupo de control 8,4 horas diarias. Después de los 6 meses de intervención, la carga de trabajo de los/as cuidadores/as del grupo de intervención se redujo a 5,8 horas diarias, mientras que la del grupo de control se mantuvo estable, en 8,4 horas/día.</p> <p>El coste de la intervención fue de 1.214 dólares por persona cuidadora durante los 6 meses de intervención, lo que significa que cada hora de tiempo libre ganada (1,3 x 30 días x 6 meses) tuvo un coste de 4,96 dólares.</p>
<b>Relación coste-efectividad</b>	<p>Los datos indican que a una disposición a pagar de 4,96 dólares por hora adicional de tiempo libre para una persona cuidadora, la intervención resultaría coste-efectiva.</p> <p>Visto desde la perspectiva del coste-beneficio, si se valúan las horas de tiempo libre ganadas a 8,12 dólares/hora (salario estándar de una asistente domiciliaria), se observa que el beneficio de la intervención sería de 10,56 dólares, siendo su coste de 4,96 dólares.</p>

<b>ID Estudio</b>	216
<b>Referencia</b>	Dale, S.B. Brown, R. "Reducing Nursing Home Use through Consumer-Directed Personal Care Services". <i>Medical Care</i> , 44, 8, 2006, pp. 760-767.
<b>País</b>	Estados Unidos
<b>Ámbito geográfico</b>	Local
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Asignación económica individual
<b>Población destinataria</b>	Se interviene con personas con discapacidad que viven en el domicilio y presentan dependencia física para realizar actividades de la vida diaria y tienen prescrito por un médico que requieren atención personal.
<b>Descripción de la intervención</b>	Se proporciona una asignación económica mensual a la persona dependiente para que ella pueda contratar asistentes (que pueden ser familiares) y para la compra de servicios y ayudas técnicas. También se proporciona asesoramiento para ayudar a los usuarios a administrar sus nuevas responsabilidades como empleadores.
<b>Intensidad de la intervención</b>	
<b>Objetivos de la intervención</b>	Retrasar o evitar la institucionalización Reducir el coste
<b>Profesionales que intervienen</b>	
<b>Intervención con la que se compara</b>	Atención habitual
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	Son servicios tradicionales de atención domiciliaria (prestados a través del programa Medicaid) que ayudan a los usuarios con las actividades de la vida cotidiana -baño, transferencias, etc.- de manera que les permiten residir en sus domicilios y no hacer uso de servicios residenciales.
<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	Es un estudio con grupo de control en el que la asignación de los participantes a cada grupo (control o tratamiento) es aleatoria. La participación fue voluntaria. Los participantes del grupo de tratamiento contaron con un asesor que les asesoró a la hora de administrar la prestación económica y realizó un seguimiento de la intervención de cara a conocer el grado de satisfacción, la seguridad y el uso de las ayudas. Las variables analizadas fueron: - El uso de alojamiento residencial - Los gastos en atención de larga duración (long-term care): gastos de servicios residenciales, servicios médicos a domicilio y gastos de programas alternativos.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los gastos de los servicios de atención personal. En el grupo de tratamiento se incluyeron: gastos de la prestación económica y los gastos en servicios de ayuda y asesoramiento fiscal. En el grupo de control se incluyeron los pagos hechos por Medicaid a las entidades por los servicios domiciliarios prestados.</li> <li>- Los gastos médicos totales.</li> </ul> <p>Se recoge información sobre las variables tanto en el grupo de control como en el experimental a lo largo de tres años de intervención.</p>
<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la intervención</b>	
<b>Tipo de evaluación económica</b>	2. Estudio coste-eficacia
<b>Validez interna del estudio</b>	Satisfactoria
<b>Validez externa del estudio</b>	Buena
<b>Calidad del estudio de evaluación económica</b>	Buena
<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	<p>Las diferencias entre grupos en el uso de estancias residenciales fueron considerables pero no significativas. El grupo de tratamiento utilizó los servicios residenciales en menor medida que el grupo de control a lo largo de los tres años de estudio.</p> <p>A los 3 años, el 15.5% del grupo de tratamiento había utilizado en alguna ocasión los servicios frente a un 18% del grupo de control.</p> <p>A los 3 años, se produjo un ahorro considerable de unos 1.900\$ por persona en todos los servicios financiados por Medicaid entre los que destacan los servicios residenciales.</p> <p>El uso de servicios comunitarios de atención personal y, en consecuencia, su coste, fue mucho más elevado entre los usuarios de la prestación económica, pero este mayor coste fue compensado, en parte, por un menor uso de los servicios de larga duración, entre ellos los de atención residencial.</p>
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	
<b>Otros resultados</b>	
<b>Limitaciones del estudio</b>	
<b>Conclusiones</b>	Los autores concluyen que la intervención no permite constatar diferencias significativas en el uso de servicios residenciales entre grupos. Sin embargo,

	<p>los resultados van en la línea de lo esperado ya que el grupo de intervención utiliza en menor medida los recursos de atención residencial en comparación con el grupo de control.</p> <p>Por otra parte, la asignación de la prestación económica individual evaluada tiene un coste elevado, pero los datos muestran que a largo plazo el ahorro en servicios de larga duración es significativo.</p>
<b>Relación coste-efectividad</b>	<p>Por un lado, el programa de prestaciones económicas individuales tuvo un efecto modesto, aunque no significativo, en el uso de servicios residenciales. Por otra parte, se consiguió reducir el coste de los servicios de larga duración en unos 1.900\$ por persona, aunque esa diferencia no se vio en realidad compensada por el mayor gasto en servicios comunitarios.</p> <p>No obstante, los datos indican que el hecho de que los costes en atención médica sean mayores en el grupo de intervención se debe a que las personas del grupo control (servicios tradicionales) reciben menos horas de intervención de las previstas.</p> <p>La conclusión principal del estudio es que en circunstancias normales, como el grupo de intervención hace un menor uso de servicios residenciales, los costes en general serán menores en comparación con el grupo de control. En este sentido, los autores concluyen que es un servicio coste-efectivo ya que permite ahorrar costes.</p>

<b>ID Estudio</b>	217
<b>Referencia</b>	Wimo, A. Et Al. "Cost-Effectiveness Analysis of Day Care for Patients with Dementia Disorders". Health Economics, 3, 6, 1994, pp. 395-404.
<b>País</b>	Suecia
<b>Ámbito geográfico</b>	Local
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Servicios de día
<b>Población destinataria</b>	Personas mayores con diagnóstico médico de demencia con necesidad de supervisión. En el momento de la inclusión en el estudio los participantes debían poder caminar de forma autónoma o con ayudas técnicas y debían contar con suficiente capacidad auditiva y visual para mantener una conversación y posibles contactos sociales.
<b>Descripción de la intervención</b>	Son centros en los que se atiende en horario diurno en pequeños grupos a personas mayores con demencia. Los centros, que pueden ser unidades independientes o formar parte de hospitales, están orientados a proporcionar actividades, supervisión e interacción social entre los usuarios. Uno de los objetivos de la intervención es proporcionar alivio a los familiares que se puedan sentir sobrecargados en su rol de cuidador informal.
<b>Intensidad de la intervención</b>	
<b>Objetivos de la intervención</b>	Mejorar la calidad de vida
<b>Profesionales que intervienen</b>	
<b>Intervención con la que se compara</b>	Atención habitual
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	
<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	Se trata de un estudio concurrente con grupo control no aleatorio. Las personas del grupo de intervención (n=55) son seleccionadas en el momento en que empiezan a acudir al servicio de día y el grupo de control (n=45) está compuesto por las personas en lista de espera para acceder a dichos servicios de atención diurna. La recogida de datos sobre calidad de vida, bienestar y capacidad funcional de los usuarios tuvo lugar al año de intervención.
<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la intervención</b>	Para calcular el coste de los servicios que reciben los participantes del grupo de control se midieron el número de horas de diferentes servicios: ayuda a domicilio, remuneración a familiares y gastos de vivienda. Se utilizaron diferentes escalas para medir aspectos de la calidad de vida de los usuarios y del grupo de control. Estos instrumentos fueron completados

	<p>con ayuda de los cuidadores debido a la discapacidad (demencia) de los participantes.</p> <p>Para medir la calidad de vida se utilizaron:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Index of well-being</li> <li>- Rosser Index</li> </ul> <p>Para medir la capacidad funcional se empleó:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mini mental state examination (MMSE)</li> </ul> <p>Para medir la capacidad de llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana y la conducta se utilizó:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Multi-dimensional dementia assessment scale.</li> </ul> <p>Para medir el bienestar y diferentes aspectos del funcionamiento se empleó:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- RASIB-scale</li> </ul>
<b>Tipo de evaluación económica</b>	2. Estudio coste-eficacia
<b>Validez interna del estudio</b>	Satisfactoria
<b>Validez externa del estudio</b>	Buena
<b>Calidad del estudio de evaluación económica</b>	Buena
<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	<p>En general, no hubo diferencias significativas en la calidad de vida de los participantes. Tanto en el grupo de control como en el de tratamiento la calidad de vida disminuyó (debido a la demencia).</p> <p>Sin embargo, los datos sí muestran diferencias significativas entre grupos en aspectos concretos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La habilidad para vestirse y desvestirse empeoró menos en el grupo de intervención en comparación con el grupo de control</li> <li>- El estado de ánimo (cheerfulness) mejora significativamente en el grupo de intervención, mientras que en el grupo control empeora.</li> <li>- Los deseos de fallecer fueron significativamente más frecuentes en el grupo control en comparación con el grupo que recibió los servicios de día.</li> </ul>
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	El coste por usuario de los servicios de día fue de 20.200\$ anuales (55\$/día)
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	El coste por usuario del grupo de control fue de 23.125\$ (63\$/día)
<b>Otros resultados</b>	
<b>Limitaciones del estudio</b>	Se señala que uno de las limitaciones es la medición de la calidad de vida en personas con demencia.
<b>Conclusiones</b>	Los autores concluyen que los resultados obtenidos en este trabajo van en la línea de lo esperado ya que parece que los servicios de atención diurna son menos costosos que la atención tradicional y a su vez son servicios que mejoran la calidad de vida de sus usuarios. Sin embargo, las diferencias entre

	grupos no fueron significativas.
<b>Relación coste-efectividad</b>	Aunque no se detectaron diferencias significativas entre grupos en la escala utilizada para medir la calidad de vida, sí se observaron mejoras en algunas capacidades funcionales y en el estado de ánimo. Además, se constató que el coste de la atención diurna resultaba menor que la de los servicios comunitarios (atención domiciliaria) habituales.

<b>ID Estudio</b>	218
<b>Referencia</b>	Drummond, M.F. Et Al. "Economic Evaluation of a Support Program for Caregivers of Demented Elderly". <i>International Journal of Technology Assessment in Health Care</i> , 7, 2, 1991, pp. 209-219.
<b>País</b>	Canadá
<b>Ámbito geográfico</b>	Local
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Autocuidado
<b>Población destinataria</b>	Personas que realizan las labores de cuidado de sus familiares con demencia y cuyo grado de dependencia es de moderado a severo. Se trata de familiares que conviven con la persona dependiente.
<b>Descripción de la intervención</b>	<p>Es una intervención de apoyo dirigida a ayudar a los cuidadores a aumentar su competencia en el cuidado del familiar dependiente y proporcionarles una sensación de control en sus funciones de cuidador.</p> <p>La intervención consiste en visitas, de carácter regular, a domicilio por parte de enfermeras de apoyo. En un principio, las visitas eran semanales pero se van ajustando a las necesidades de cada caso específico. En las visitas se orienta a los cuidadores a que reciban ayuda de servicios sociales y tratamiento médico en caso de que sea necesario. Además, se les proporciona formación específica sobre la demencia.</p> <p>El programa proporciona 4 horas semanales de servicio de respiro a domicilio que pueden verse ampliadas a demanda del usuario y se anima a los cuidadores y otros familiares a participar en un grupo de auto-ayuda de carácter mensual y en sesiones de 2 horas.</p>
<b>Intensidad de la intervención</b>	
<b>Objetivos de la intervención</b>	Mejorar la calidad de vida
<b>Profesionales que intervienen</b>	
<b>Intervención con la que se compara</b>	Atención habitual
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	<p>La intervención proporcionada al grupo control consiste en un servicio de ayuda a domicilio cuyo foco de atención es la persona dependiente y no el cuidador. Se atienden las necesidades de la persona dependiente -baño, aseo personal, manejo de incontinencia y control de medicación-.</p> <p>La intensidad y frecuencia de las visitas la decide la enfermera que acude a domicilio.</p> <p>Las enfermeras no tienen formación específica ni consultan a los servicios psicogeriátricos. No se orienta a los cuidadores a que reciban atención sanitaria o de servicios sociales.</p>

<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	Los participantes son asignados aleatoriamente a los grupos -control y tratamiento- a través de un programa de ordenador. El equipo investigador recoge datos al inicio de la intervención, a los tres meses y a los seis meses de su finalización.
<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la intervención</b>	El estado emocional negativo/depresión se mide con: - Center for epidemiologic studies depression scale (CES-D) - State-trait anxiety inventory (STAI) La calidad de vida del cuidador se mide con: - Caregiver quality of life instrument (CQLI)
<b>Tipo de evaluación económica</b>	3. Estudio coste-utilidad
<b>Validez interna del estudio</b>	Pobre
<b>Validez externa del estudio</b>	Buena
<b>Calidad del estudio de evaluación económica</b>	Buena
<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	La calidad de vida medida con el CQLLI parece que mejora en el grupo de intervención en comparación con el grupo control en el que empeora, pero las diferencias entre grupos no son significativas debido al pequeño tamaño de la muestra. La mejora en calidad de vida, medida con el CQLY, es de 0.11 AVAC (años de vida ajustados por calidad) durante seis meses de intervención. El coste por cada año de vida de calidad ganado (AVAC) asciende a \$20.036 en el grupo de intervención. Por otra parte, los resultados no permiten constatar diferencias entre grupos en el estado emocional y/o en los niveles de depresión.
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	El coste total de los servicios del grupo de intervención durante seis meses asciende a \$3.562 (canadienses)
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	El coste total de los servicios que recibe el grupo de control durante seis meses asciende a \$2.897 (canadienses)
<b>Otros resultados</b>	
<b>Limitaciones del estudio</b>	La limitación principal del estudio es el pequeño tamaño de la muestra. Los grupos -intervención y control- cuentan un número de sujetos reducido que no permite que las diferencias entre grupos alcancen la significación estadística.
<b>Conclusiones</b>	Los autores del estudio concluyen que el pequeño tamaño de la muestra no permite constatar diferencias significativas entre grupos en la calidad de vida de los usuarios. En relación al coste, los resultados del trabajo indican que el coste total de los servicios que recibe el grupo de intervención supone \$665 (canadienses)

	<p>durante seis meses y \$1.330 anuales más que los servicios que recibe el grupo de control. En este sentido, los autores concluyen que el aumento de coste por proporcionar el servicio supone unos 2.204\$ (canadienses) más por usuario al año.</p> <p>No obstante, el coste por AVAC ganado gracias a la intervención podría caer dentro de los umbrales de disposición social a pagar por un AVAC.</p>
<b>Relación coste-efectividad</b>	<p>El estudio muestra una ganancia de 0,11 AVAC en seis meses de intervención, lo que implica un coste de algo más de 20.000\$ (canadienses) por AVAC ganado.</p> <p>Aunque este resultado señala que la intervención podría resultar coste-efectiva a umbrales habituales de la disposición social a pagar por un AVAC, las limitaciones metodológicas por el pequeño tamaño de la muestra impiden realizar afirmaciones rotundas al respecto.</p>

<b>ID Estudio</b>	219
<b>Referencia</b>	Wimo, A. Et Al. "Cost-Utility Analysis of Group Living in Dementia Care". International Journal of Technology Assessment in Health Care, 11, 1, 1995, pp. 49-65.
<b>País</b>	Suecia
<b>Ámbito geográfico</b>	Local
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Fórmulas de alojamiento en la comunidad Ayuda a domicilio
<b>Población destinataria</b>	Personas mayores con un diagnóstico clínico de demencia que requieren de asistencia. El grado de demencia puede ir desde presentar ciertas dificultades en la memoria a corto plazo, ciertos déficits en la historia personal y problemas para el manejo financiero hasta personas con pérdida completa de habilidades verbales para la comunicación, donde la incontinencia es frecuente y la realización de las actividades diarias se ve seriamente perjudicada.
<b>Descripción de la intervención</b>	Es un recurso intermedio entre la atención en el domicilio y en residencias para personas mayores.
<b>Intensidad de la intervención</b>	
<b>Objetivos de la intervención</b>	Mejorar la calidad de vida
<b>Profesionales que intervienen</b>	
<b>Intervención con la que se compara</b>	Atención residencial
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	
<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	Es un estudio con grupo control concurrente no aleatorio. La muestra total se compuso de 108 personas de las que 46 eran usuarias de fórmulas de alojamiento en la comunidad (group living), 39 personas vivían en sus domicilios y 23 personas eran residentes en grandes instituciones. El estudio se llevó a cabo en dos fases. En primer lugar, durante los primeros doce meses se recogieron datos sobre los tres grupos y sobre los costes de cada servicio. Durante el segundo año se realizó un análisis de coste-utilidad desde dos perspectivas diferenciadas: modelo estático y modelo dinámico (Markov-model de una expectativa de vida de 8 años) con el objeto de poder medir el deterioro provocado por la demencia.

<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la intervención</b>	<p>Para medir la discapacidad cognitiva se utilizó:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mini Mental State examination (MMSE) que mide orientación en el tiempo y el espacio, memoria, lenguaje, discurso y capacidad espacial.</li> </ul> <p>El grado de demencia se midió con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Global deterioration scale (GDS). A partir de esta escala se construye un Index of well-being con un programa de ordenador (Quest).</li> </ul> <p>Para medir la carga de trabajo de la enfermera y la conducta del paciente se usó:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Multi-dimensional dementia assessment scale.</li> </ul>
<b>Tipo de evaluación económica</b>	3. Estudio coste-utilidad
<b>Validez interna del estudio</b>	Pobre
<b>Validez externa del estudio</b>	Buena
<b>Calidad del estudio de evaluación económica</b>	Buena
<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	<p>El bienestar de las personas se reduce en todos los grupos pero la diferencia con el paso del tiempo es algo menor el grupo de personas que viven en fórmulas de alojamiento en la comunidad.</p> <p>En relación al coste-utilidad de cada servicio, se concluye que la intervención proporcionada en las fórmulas de alojamiento residencial comunitarias produce 3.27 AVAC (años de vida ajustados por calidad) frente a 2.99 de la intervención en el domicilio, 2.89 de las residencias y 2.95 del grupo que aúna a personas en el domicilio que pasan a vivir en residencias durante el periodo de estudio.</p>
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	El coste de los alojamientos comunitarios es de 24.425\$ durante el primer año.
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	El coste de la ayuda a domicilio asciende a 20.187\$ y el de las residencias para mayores es de 39.968\$ anuales.
<b>Otros resultados</b>	
<b>Limitaciones del estudio</b>	Los autores señalan como limitaciones principales del estudio el que la muestra no fuera aleatoriamente asignada a los grupos de comparación y la discutible capacidad de autoevaluación por parte de los participantes (con demencia).
<b>Conclusiones</b>	<p>En la línea de lo esperado, la fórmula de alojamiento comunitario evaluada es más barato que las residencias y más caro que la atención domiciliaria.</p> <p>La calidad de vida que se obtiene con el paso del tiempo es mayor en el grupo de intervención (fórmulas de alojamiento en comunidad) en comparación con la de los grupos control (ayuda a domicilio y atención residencial).</p>

**Relación coste-efectividad**

Las fórmulas de alojamiento en comunidad son coste-efectivas en comparación con la atención residencial ya que permiten mejorar la calidad de vida de los usuarios a un menor coste que la intervención proporcionada en residencias.

Si se compara con la ayuda a domicilio, se obtiene también una importante mejora en la calidad de vida, aunque a un coste ligeramente superior.

<b>ID Estudio</b>	220
<b>Referencia</b>	Hay, J. Et Al. "Cost-Effectiveness of Preventive Occupational Therapy for Independent-Living Older Adults". Journal of the American Geriatrics Society, 50, 8, 2002, pp. 1381-1388.
<b>País</b>	Estados Unidos
<b>Ámbito geográfico</b>	Local
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Autocuidado
<b>Población destinataria</b>	<p>Personas mayores de 60 años que gozan de buena salud y que viven en apartamentos tutelados.</p> <p>Se excluyó a personas que no eran capaces de vivir de forma independiente por presentar una marcada demencia.</p>
<b>Descripción de la intervención</b>	Se trata de un programa de terapia ocupacional preventiva que se realiza con grupos de 8 a 10 personas mayores. El programa tiene por objetivo que las personas mayores comprendan los efectos beneficiosos de mantener una actividad regular y significativa asociada a sus actividades diarias y que sean capaces de cambiar sus estilos de vida para incorporar dicha actividad de forma que prevengan el deterioro funcional y la enfermedad.
<b>Intensidad de la intervención</b>	Sesiones semanales (no se especifica la duración) durante un periodo de 9 meses.
<b>Objetivos de la intervención</b>	<p>Mejorar la calidad de vida</p> <p>Reducir el uso de servicios formales</p>
<b>Profesionales que intervienen</b>	Terapeuta ocupacional
<b>Intervención con la que se compara</b>	Ninguna intervención
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	<p>La comparación se hizo con dos grupos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un grupo que no recibió ninguna intervención (grupo de control pasivo)</li> <li>- Otro grupo recibió una serie de actividades programadas prestadas por personal no-profesional, cuyo objetivo consistía en controlar el efecto de la participación en actividades y de las relaciones sociales. Las actividades propuestas eran actividades generales de ocio como manualidades, excursiones, juegos, baile, etc.</li> </ul> <p>No obstante, dado que no se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de control en cuanto a los resultados obtenidos, se unieron los dos grupos en un solo grupo combinado de comparación.</p>

<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	<p>218 sujetos mayores de 60 años que vivían de forma independiente en la comunidad (en apartamentos tutelados) fueron asignados aleatoriamente al programa de terapia ocupacional o a alguno de los dos grupos de control. 55 personas abandonaron el programa antes de su inicio, de manera que se lograron datos iniciales completos de 163 personas: 51 participaron en el grupo de intervención (recibieron terapia ocupacional), 53 participaron en el grupo de control activo (participaron en el programa de actividades generales) y 59 en el grupo de control pasivo (no recibieron ninguna intervención). Los datos se recogieron al inicio de la intervención, al final de la misma (9 meses) y 6 meses después.</p> <p>Se recogieron datos de seguimiento para 47 de los 51 sujetos del grupo de intervención (terapia ocupacional), 47 de los 53 sujetos del grupo de control activo y 54 de los 59 sujetos del grupo de control pasivo.</p>
<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la intervención</b>	<p>Se utilizó la escala SF-36 para medir la calidad de vida. Este instrumento evalúa 8 aspectos de la salud: funcionamiento físico; desempeño debido a limitaciones físicas; dolor físico; percepciones generales sobre la salud; desempeño debido a problemas emocionales y salud mental.</p> <p>Los Años de Vida Ajustados por Calidad (AVAC) se calcularon a partir de la puntuación en la escala SF-36, mediante un algoritmo, creado por investigadores de la Universidad de California del Sur, que transforma la puntuación en dicha escala en un Índice de Utilidad de Salud (Health Utility Index).</p> <p>La utilización de servicios sanitarios y sociales se midió a través de entrevistas telefónicas mensuales en las que los entrevistadores recabaron información sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Servicios sanitarios: visitas al médico, atención sanitaria a domicilio, hospital de día, y estancias hospitalarias.</li> <li>- Gastos de atención doméstica/personal: atención domiciliaria que presta apoyo para la compra, la colada, las tareas domésticas, la cocina o para concertar citas médicas. No se incluye atención personal para baños etc., puesto que se trata de personas mayores relativamente autónomas que viven en apartamentos tutelados.</li> </ul>
<b>Tipo de evaluación económica</b>	<p>3. Estudio coste-utilidad</p>
<b>Validez interna del estudio</b>	<p>Satisfactoria</p>
<b>Validez externa del estudio</b>	<p>Buena</p>
<b>Calidad del estudio de evaluación económica</b>	<p>Buena</p>
<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	<p>La intervención consiguió mejorar la calidad de vida de las personas usuarias, en términos de AVAC.</p> <p>El grupo que recibió terapia ocupacional obtuvo una ganancia de 4,5 AVAC con respecto al grupo de control combinado, de 4,0 AVAC con respecto al grupo de control pasivo y de 5,2 AVAC con respecto al grupo de control activo.</p>

	<p>El coste de la utilización de servicios sanitarios durante el periodo de seguimiento fue mucho menor en el grupo de Terapia Ocupacional (967\$) que en el grupo de control activo (1.726\$), en el grupo de control pasivo (3.334\$) o al combinar ambos grupos (2.593\$). No obstante, estas diferencias no alcanzaron significatividad estadística.</p> <p>Los autores consideran que la falta de significatividad en los test estadísticos se debe a la enorme variación de costes que se dio en el grupo de control, y también al reducido tamaño del grupo de intervención.</p>
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coste de la intervención: 548 \$ por persona</li> <li>- Gastos sanitarios: durante la intervención (2.516 ± 6.434); durante el seguimiento (967 ± 1.808).</li> <li>- Gastos de atención doméstica/personal: durante la intervención (2.226 ± 7.774); durante el seguimiento (3.177 ± 10.425)</li> <li>- GASTO TOTAL: durante la intervención (4.741 ± 11.654); durante el seguimiento (4.145 ± 10.801).</li> </ul>
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	<p>Estos gastos se refieren al grupo de control combinado.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Coste de la intervención: 68\$ por persona</li> <li>- Gastos sanitarios: durante la intervención (2.171 ± 6.214); durante el seguimiento (2.593 ± 5.918)</li> <li>- Gastos de atención doméstica/personal: durante la intervención (2.551 ± 6.929); durante el seguimiento (2.625 ± 7.116)</li> <li>- GASTO TOTAL: durante la intervención (4.723 ± 11.321); durante el seguimiento (5.218 ± 9.588)</li> </ul>
<b>Otros resultados</b>	
<b>Limitaciones del estudio</b>	
<b>Conclusiones</b>	<p>La intervención preventiva de terapia ocupacional consiguió mejorar la calidad de vida de las personas usuarias en términos de salud física, psíquica y emocional. Los autores detectaron una ganancia de 4,5 Años de Vida Ajustados por Calidad (AVAC) respecto al grupo de control. Esta ganancia se dio a un coste de 10.666 \$ por AVAC (Intervalo de confianza del 95%: 6.747 - 25.430 \$ por AVAC)</p>
	<p>El estudio demostró que la terapia ocupacional preventiva produce una ganancia en términos de salud (física, psíquica y emocional) con respecto a un programa general de actividades de ocio y también respecto a la inactividad. Esta ganancia, medida en años de vida ajustados por calidad, se produce a un coste razonable, que entra dentro del coste que la sociedad está dispuesta a pagar comúnmente por un año de vida en salud ganado.</p>
<b>Relación coste-efectividad</b>	<p>Dado que en los Estados Unidos se admite una disposición social a pagar de hasta 50.000 \$ por AVAC, los autores consideran la intervención coste-efectiva, con una probabilidad del 95%. Si se utilizaran los umbrales admitidos en España (30.000 euros por AVAC en 2003), también podría considerarse coste-efectiva (actualizando los precios utilizados -dólares de 1995- a</p>

2003 el coste máximo por AVAC sería de 30.702 \$).

El hecho de que el programa de terapia ocupacional fuera coste-efectivo en relación con el grupo de control activo, que recibió un programa general de actividades de ocio, es importante, ya que demuestra que no es la actividad per se la que puede mejorar la salud y el bienestar, sino más bien actividades que sean significativas para la persona usuaria y que estén insertadas de forma coherente en la rutina diaria de las personas mayores.

<b>ID Estudio</b>	222
<b>Referencia</b>	Davis, J.C. Et Al. "Does a Home-Based Strength and Balance Programme in People Aged =80 Years Provide the Best Value for Money to Prevent Falls? A Systematic Review of Economic Evaluations of Falls Prevention Interventions". British Journal of Sports Medicine, 44, 2, 2010, pp. 80-89.
<b>País</b>	
<b>Ámbito geográfico</b>	
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Prevención de caídas
<b>Población destinataria</b>	Personas mayores de 60 años que viven en sus domicilios y tienen riesgo de padecer una caída.
<b>Descripción de la intervención</b>	Se analizan distintos tipos de servicios de prevención de caídas: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Programas multifactoriales individualizados.</li> <li>- Programas multifactoriales dirigidos a toda la población de un determinado ámbito geográfico.</li> <li>- Programas de entrenamiento para el fortalecimiento y mejorar el equilibrio.</li> <li>- Programas de evaluación de la seguridad del domicilio y adaptación del entorno para reducir de riesgos/obstáculos.</li> <li>- Operación de cataratas.</li> </ul>
<b>Intensidad de la intervención</b>	
<b>Objetivos de la intervención</b>	Prevención de caídas
<b>Profesionales que intervienen</b>	
<b>Intervención con la que se compara</b>	Atención habitual
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	
<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	Se trata de una revisión de la literatura en la que se han incluido 9 estudios: <ul style="list-style-type: none"> <li>- 7 estudios de coste-eficacia.</li> <li>- 1 estudio de coste-utilidad.</li> <li>- 1 estudio de coste-beneficio.</li> </ul> Debido a una gran heterogeneidad en la presentación de resultados sobre costes esta revisión bibliográfica no es un meta-análisis y se centra, básicamente, en describir de manera cualitativa los resultados de los diferentes trabajos.
<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la</b>	

<b>intervención</b>	
<b>Tipo de evaluación económica</b>	5. No aplicable
<b>Validez interna del estudio</b>	No aplicable
<b>Validez externa del estudio</b>	No aplicable
<b>Calidad del estudio de evaluación económica</b>	No aplicable
<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	<p>De acuerdo con los estudios revisados los programas de prevención de caídas analizados son eficaces a la hora de lograr sus objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Los programas multifactoriales individualizados consiguen ahorrar recursos sanitarios gracias a la prevención de caídas. El único estudio que analizó este tipo de intervención (un estudio estadounidense) consiguió un balance económico positivo (ahorrar recursos) para el 54% de las personas mayores con elevado riesgo de caída (personas que presentaban 8 o más factores de riesgo). Por el contrario, en el caso de las personas con un bajo riesgo el coste medio de prevenir una caída a través del programa fue de 2.696 libras esterlinas.</li><li>- Un estudio australiano que analizó un programa multifactorial dirigidos a toda la población (campana de sensibilización sobre el riesgo de caída y maneras de prevenirlo) tuvo un beneficio de 20,6 dólares por cada dólar invertido.</li><li>- Tres estudios analizaron programas de entrenamiento para el fortalecimiento muscular y mejorar el equilibrio. Se trataba de programas dirigidos a la población mayor en general, en los que una enfermera o fisioterapeuta ofrecía la intervención en el domicilio de la persona, durante un año. El coste de estas intervenciones resultó de entre 173 y 942 libras esterlinas por cada caída que se consiguió prevenir a través del programa. Uno de los estudios, que analizó los costes sanitarios evitados gracias a las intervenciones evaluadas encontró que la intervención no generaba ahorros para todos los usuarios, pero sí en el caso de las personas de 80 y más años.</li><li>- Por lo que se refiere a los programas de evaluación de la seguridad del domicilio y de adaptación del entorno para reducir de riesgos/obstáculos, un estudio neozelandés dirigido a personas con importantes discapacidades visuales tuvo un coste de 304 libras esterlinas por caída que se consiguió prevenir. En otro estudio, en este caso australiano, en el que se analizaron los costes sanitarios y sociales prevenidos a través de un programa de este tipo, el coste por caída prevenida fue de 3.040 libras esterlinas. No obstante, el estudio encontró que la intervención ahorraba recursos en el caso de las personas que habían tenido una caída durante el año anterior a la intervención.</li><li>- Finalmente, en relación con las intervenciones quirúrgicas para personas con cataratas, un estudio del reino unido determinó que el coste de la intervención sería de 38.482 libras por año de vida ajustado por calidad (AVAC) ganado desde la perspectiva del sistema nacional de salud, y de 34.911 libras esterlinas por AVAC ganado desde la perspectiva de los</li></ul>

	<p>servicios sociales si se tomaba como horizonte un año después de la intervención. Este coste estaría por encima del umbral de disposición social a pagar por un AVAC comúnmente aceptado. No obstante, si se ampliaba el horizonte temporal para abarcar toda la esperanza de vida de las personas usuarias, se establecía el coste en 14.197 libras por AVAC ganado, lo que la convierte en una intervención coste efectiva.</p>
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	
<b>Otros resultados</b>	
<b>Limitaciones del estudio</b>	
<b>Conclusiones</b>	<p>Entre las intervenciones analizadas, en términos de coste efectividad, los programas de entrenamiento para el fortalecimiento muscular y la mejora del equilibrio, las operaciones de cataratas y las intervenciones de evaluación y adaptación del domicilio fueron las que mejores resultados obtuvieron, siendo los programas de ejercicio los que consiguieron prevenir un mayor número de caídas a un menor coste, especialmente entre las personas mayores de 80 años. Los programas de adaptación del domicilio, con un coste que oscilaba entre las 304 y las 3.040 libras esterlinas por caída prevenida, consiguieron, no obstante, un ahorro económico en el caso de las personas que habían tenido una caída en el año anterior. Los programas multifactoriales individualizados resultaron coste-efectivos sólo con una población muy concreta con un elevado riesgo de caída.</p>
<b>Relación coste-efectividad</b>	<p>Los programas analizados consiguen prevenir caídas a un coste razonable, en la mayoría de los casos. Hay tres programas que ofrecen ahorro de costes en diferentes subgrupos de participantes:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Un programa multifactorial (centrado en la evaluación de riesgos, el ejercicio, la modificación de la conducta y la modificación de la medicación) que identifica ocho factores de riesgo de caídas y resulta coste-efectiva para aquellas personas que presentan más de 4 de esos factores.</li><li>- El Otago exercise programme (entrenamiento en fortalecimiento muscular y equilibrio) para personas de 80 o más años.</li><li>- Un programa de adaptación de la vivienda para aquellos que acaban de regresar al domicilio tras una hospitalización por caída previa.</li></ul>

<b>ID Estudio</b>	223
<b>Referencia</b>	Meyer, H. "A New Care Paradigm Slashes Hospital Use and Nursing Home Stays for the Elderly and the Physically and Mentally Disabled". <i>Health Affairs</i> , 30, 3, 2011, pp. 412-415.
<b>País</b>	Estados Unidos
<b>Ámbito geográfico</b>	Local
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Coordinación servicios socio-sanitarios
<b>Población destinataria</b>	Personas mayores y personas con discapacidad física (que utilizan silla de ruedas) que viven en sus domicilios y están en riesgo de dependencia y de necesitar atención hospitalaria o institucional.
<b>Descripción de la intervención</b>	<p>Se trata de un programa creado en 2004 por Commonwealth Care, una entidad sin fin de lucro que atiende a personas mayores.</p> <p>El programa recibe financiación por capitación de Medicaid y Medicare, y utilizando estos recursos económicos proporciona toda la atención sanitaria y social que requieren los usuarios.</p> <p>Las personas mayores son atendidas por un equipo multidisciplinar - trabajador social, enfermera, fisioterapeuta, médicos paliativistas- que evalúan sus necesidades y se encargan de elaborar un plan integral de atención y proporcionar los servicios sociales y sanitarios necesarios siete días a la semana y 24 horas al día.</p>
<b>Intensidad de la intervención</b>	
<b>Objetivos de la intervención</b>	Reducir el uso de servicios sanitarios
<b>Profesionales que intervienen</b>	Equipo multidisciplinar
<b>Intervención con la que se compara</b>	Servicios comunitarios en general
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	
<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	Es un estudio de carácter exploratorio que presenta algunos datos de los resultados globales de este programa de coordinación sanitaria.
<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la intervención</b>	

<b>Tipo de evaluación económica</b>	9. No es una evaluación económica completa
<b>Validez interna del estudio</b>	No aplicable
<b>Validez externa del estudio</b>	No aplicable
<b>Calidad del estudio de evaluación económica</b>	No aplicable
<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	Los autores concluyen que la intervención de las visitas a domicilio de carácter preventivo reduce el número de hospitalizaciones y de ingresos en residencias a la par que se frena el crecimiento del gasto médico. En el caso de personas mayores, la tasa de institucionalización fue un 70% menor que el de la población general de personas mayores que reciben apoyo en el programa Medicaid.
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	Para personas con discapacidad, el coste mensual de la intervención fue de 3.601\$.
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	Para personas con discapacidad, el coste mensual de la intervención fue de 5.210\$.
<b>Otros resultados</b>	
<b>Limitaciones del estudio</b>	
<b>Conclusiones</b>	Los autores plantean que el nuevo modelo de atención coordinada reduce el uso de servicios sanitarios y residenciales. Sin embargo, la escasa información que se presenta este documento (sobre diseño, metodología, intervención y resultados del programa) no permite extraer ninguna conclusión al respecto.
<b>Relación coste-efectividad</b>	La falta de información sobre el del programa no permite extraer ninguna conclusión acerca de la relación coste-efectividad del mismo.

<b>ID Estudio</b>	224
<b>Referencia</b>	Bendixen, R.M. Et Al. "Cost Effectiveness of a Telerehabilitation Program to Support Chronically Ill and Disabled Elders in their Homes". <i>Telemedicine Journal and E-Health</i> , 15, 1, 2009, pp. 31-38.
<b>País</b>	Estados Unidos
<b>Ámbito geográfico</b>	Local
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Ayudas tecnológicas
<b>Población destinataria</b>	Personas mayores con enfermedades crónicas (artritis, diabetes, hipertensión, accidente cardiovascular, etc.) y que tenían dificultades en al menos dos actividades de la vida diaria. Debían tener electricidad y teléfono y debían aceptar la utilización de tecnologías para monitorizar su estado de salud. Se trata de personas que reciben atención de la Administración Sanitaria para Veteranos (Veteran's Health Administration)
<b>Descripción de la intervención</b>	<p>Un terapeuta ocupacional realiza una visita domiciliar para proponer a la persona mayor las ayudas técnicas y las modificaciones necesarias en su entorno doméstico. Le ofrece entrenamiento en el uso de las ayudas y, en los casos necesarios, le hacen un seguimiento diario remoto de sus signos vitales, a través de equipos conectados con una clínica y controlados por personal sanitario. Los terapeutas ocupacionales también se encargan de colaborar con las familias y los cuidadores de las personas mayores, así como con el equipo médico del programa.</p> <p>Se trata en realidad de un programa de ayudas técnicas y modificaciones del entorno, que incorpora además un sistema de monitorización de los signos vitales a distancia. Lo describen como un servicio de tele-rehabilitación.</p>
<b>Intensidad de la intervención</b>	
<b>Objetivos de la intervención</b>	Reducir el uso de servicios formales
<b>Profesionales que intervienen</b>	Terapeuta ocupacional
<b>Intervención con la que se compara</b>	Atención habitual
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	Toda la gama de servicios sanitarios y sociales que proporciona la Administración Sanitaria para Veteranos.
<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	Se comparó la utilización de servicios sanitarios y sociales de un grupo de personas mayores que recibían tele-rehabilitación (N=115) con un grupo equivalente de personas que recibían la atención social y sanitaria habitual. El objetivo fue comprobar si el uso de la tele-rehabilitación reducía el uso de servicios formales sanitarios y sociales tras 12 meses de intervención.

	<p>Aunque no se trata de un ensayo aleatorio, los individuos del grupo de intervención y de control fueron emparejados atendiendo a un gran número de variables que podrían afectar el uso de servicios formales, de manera que se controlaran en lo máximo posible los posibles factores de confusión.</p>
<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la intervención</b>	<p>Los datos sobre el uso de servicios sociales y sanitarios se recogieron a través de la propia Administración Sanitaria para Veteranos (quien proporciona los servicios). No obstante, hay que tener en cuenta que numerosos veteranos tienen una doble afiliación, es decir, utilizan tanto servicios proporcionados por la Administración Sanitaria para Veteranos, como de otras fuentes (servicios privados, etc.). El uso de estos servicios externos no se pudo medir.</p>
<b>Tipo de evaluación económica</b>	<p>4. Estudio coste-beneficio</p>
<b>Validez interna del estudio</b>	<p>Satisfactoria</p>
<b>Validez externa del estudio</b>	<p>Limitada</p>
<b>Calidad del estudio de evaluación económica</b>	<p>Aceptable</p>
<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	<p>En relación con la reducción de la utilización de servicios formales, no se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de intervención y el grupo de control. Por otra parte, al contrario de lo que se predecía, los gastos de los servicios de salud se incrementaron en el grupo que recibió tele-rehabilitación.</p>
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	
<b>Otros resultados</b>	
<b>Limitaciones del estudio</b>	
<b>Conclusiones</b>	<p>El incremento observado en el gasto total de servicios sanitarios y sociales en el grupo que recibió tele-rehabilitación se debió sobre todo a un incremento de las visitas ambulatorias a la clínica. Estas visitas prácticamente se doblaron en el grupo de intervención (pasaron de 4.561 en el año anterior a la intervención a 8.728 en el año posterior a la misma), mientras que disminuyeron en el grupo de control (3.088 visitas en el año anterior a la intervención y 2.931 en el año posterior).</p> <p>Las estancias hospitalarias se redujeron, pero esta reducción fue similar en ambos grupos.</p> <p>En el caso de las estancias en centros residenciales, la reducción del número de estancias fue mayor en el grupo que recibió tele-rehabilitación, aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa.</p>

	<p>No se apreciaron diferencias significativas entre el grupo que recibió tele-rehabilitación y el que recibió los servicios habituales en cuanto al uso de servicios sanitarios y sociales. Al contrario de lo que se esperaba, la utilización de servicios médicos ambulatorios se incrementó notablemente en el grupo de intervención.</p> <p>Los autores señalan que el aumento del gasto sanitario en el grupo de intervención pudo deberse a la monitorización diaria, que incrementó las probabilidades de que pequeñas patologías o síntomas fueran detectados y tratados rápidamente. Estas visitas, teniendo un carácter preventivo, podrían derivarse en un ahorro del gasto sanitario a más largo plazo, por lo que consideran que sería necesario un periodo de seguimiento más largo.</p> <p>Finalmente, dado que no se tuvieron en cuenta datos sobre la utilización de servicios no financiados a través de la Administración Sanitaria para Veteranos, es posible que se hubieran dado diferencias en el uso de éstos, que no pudieran ser detectados a través del estudio.</p>
<b>Relación coste-efectividad</b>	<p>Los servicios de tele-rehabilitación no son coste-efectivos ya que no consiguen reducir la utilización de servicios formales, se aumenta el uso de servicios ambulatorios y se aumenta de manera considerable el coste en servicios de atención sanitaria en comparación con la atención tradicional que recibe el grupo control.</p>

<b>ID Estudio</b>	226
<b>Referencia</b>	Bouman, A. Et Al. "Effects on Health Care Use and Associated Cost of a Home Visiting Program for Older People with Poor Health Status: a Randomized Clinical Trial in the Netherlands". <i>The Journals of Gerontology</i> , 63a, 3, 2008, pp. 291-297.
<b>País</b>	Holanda
<b>Ámbito geográfico</b>	Local
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Visitas domiciliarias preventivas
<b>Población destinataria</b>	Personas mayores de entre 70 y 84 años con un mal estado de salud y residentes en sus propios domicilios.
<b>Descripción de la intervención</b>	<p>El programa consiste en 8 visitas domiciliarias, con un seguimiento telefónico, durante un periodo de 18 meses, con visitas cada dos meses, aproximadamente. 3 enfermeras especializadas en atención domiciliaria llevaron a cabo las visitas bajo la supervisión de una enfermera comunitaria. Las visitas incluyeron una evaluación geriátrica de riesgos y problemas, asesoramiento y derivación a servicios profesionales y comunitarios.</p> <p>El programa consiste en visitas domiciliarias a las personas mayores con un estado de salud frágil, por parte de un grupo de enfermeras especializadas en atención domiciliaria.</p>
<b>Intensidad de la intervención</b>	El grupo de intervención recibió 8 visitas a domicilio de la enfermera en el transcurso de 18 meses.
<b>Objetivos de la intervención</b>	<p>Mejorar el estado de salud de las personas usuarias</p> <p>Reducir el uso de servicios formales</p> <p>Reducir el uso de servicios hospitalarios</p> <p>Retrasar o evitar la institucionalización</p>
<b>Profesionales que intervienen</b>	Enfermera
<b>Intervención con la que se compara</b>	Atención habitual
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	Las personas mayores del grupo de control recibieron la atención sanitaria ordinaria, pudiendo acceder a los servicios sanitarios existentes.
<b>Descripción de la metodología del</b>	La muestra se compone de 330 personas mayores que viven en sus domicilios con un mal estado de salud que fueron asignados de manera aleatoria al

<b>estudio</b>	<p>grupo de intervención de (n=160) y al grupo de control (n= 170).La selección de participantes se realizó mediante cuestionario postal, descartándose las personas mayores que presentaban un estado de salud bueno o moderado.</p> <p>Las variables analizadas en este estudio fueron: las admisiones hospitalarias y en centros residenciales, los contactos con médicos especialistas y profesionales de enfermería, y las horas de servicios de ayuda a domicilio.</p>
<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la intervención</b>	<p>Se pasó un cuestionario al inicio, a los 12, 18 y 24 meses.</p> <p>Los datos de utilización y costes de servicios sanitarios y sociales provienen de los organismos responsables y los datos de mortalidad provienen de las entidades locales.</p>
<b>Tipo de evaluación económica</b>	2. Estudio coste-eficacia
<b>Validez interna del estudio</b>	Excelente
<b>Validez externa del estudio</b>	Buena
<b>Calidad del estudio de evaluación económica</b>	Buena
<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	<p>En relación con la mejora del estado de salud de las personas usuarias, no se hallaron diferencias significativas en las tasas de mortalidad de ambos grupos a los 24 meses de iniciarse la intervención. En el grupo de intervención un 18% (29 participantes) falleció mientras que el grupo el porcentaje de fallecidos fue del 14% (23 participantes)</p> <p>Con respecto al uso de servicios sanitarios, la proporción de participantes que utilizaron servicios médicos especializados externos fue similar en ambos grupos.</p> <p>El número de visitas al médico de cabecera fue ligeramente superior en el grupo de intervención, pero el número de llamadas fue inferior.</p> <p>Un porcentaje similar de personas de cada grupo contó con ayuda sanitaria a domicilio. El número medio de horas fue algo mayor en el grupo de intervención en comparación con el grupo de control, pero las diferencias no fueron estadísticamente significativas.</p> <p>En relación al uso de servicios hospitalarios, un mayor porcentaje de personas del grupo de intervención fue hospitalizado, pero la duración de dichas estancias fue menor. Los resultados indican que no hay diferencias significativas en la utilización global de servicios hospitalarios entre ambos grupos.</p> <p>No se apreciaron diferencias significativas en el uso de servicios residenciales, ni en términos de la tasa de admisión en los grupos, ni tampoco en términos de días de estancia.</p>
<b>Coste de la inter-</b>	El coste total de la atención sanitaria y social en el grupo de intervención

<b>vención evaluada</b>	asciende a 1.5679€
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	El coste total de la atención sanitaria y social en el grupo de control intervención asciende a 1.5229€
<b>Otros resultados</b>	
<b>Limitaciones del estudio</b>	
<b>Conclusiones</b>	El programa de visitas domiciliarias es más costoso que los servicios de atención ordinarios y además no parece tener ningún efecto en la utilización de servicios sanitarios y sociales por parte de las personas mayores en riesgo de dependencia.
<b>Relación coste-efectividad</b>	El programa de visitas domiciliarias no consigue reducir el uso de servicios sanitarios y sociales por lo que presenta pocas posibilidades de resultar coste-efectiva (menos del 10%). Además, el coste total de atención sanitaria y social para el grupo de intervención es de \$450 más que para el grupo control.

<b>ID Estudio</b>	227
<b>Referencia</b>	Pickard, L. "The Effectiveness and Cost-Effectiveness of Support and Services to Informal Carers of Older People. A Review of the Literature Prepared for the Audit Commission". Londres, Audit Commission, 2003, pp. 90.
<b>País</b>	
<b>Ámbito geográfico</b>	
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Servicios de respiro
<b>Población destinataria</b>	Familiares, parejas o amigos que proporcionan una atención no remunerada a personas mayores (de 60 o más años) que necesitan atención porque están enfermas, son frágiles o tienen discapacidad.
<b>Descripción de la intervención</b>	Los servicios de respiro que se revisan en este trabajo se componen de servicios a domicilio y servicios de respiro en instituciones.
<b>Intensidad de la intervención</b>	
<b>Objetivos de la intervención</b>	Mejorar el estado de salud de las personas usuarias Retrasar o evitar la institucionalización Incrementar el grado de satisfacción de las personas usuarias Reducir la carga de trabajo de las personas cuidadoras
<b>Profesionales que intervienen</b>	
<b>Intervención con la que se compara</b>	Ninguna intervención
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	
<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	Se trata de una revisión sistemática de la bibliografía sobre eficacia y coste-eficacia de servicios para personas cuidadoras informales.
<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la intervención</b>	
<b>Tipo de evaluación económica</b>	2. Estudio coste-eficacia
<b>Validez interna del estudio</b>	No aplicable

<b>Validez externa del estudio</b>	No aplicable
<b>Calidad del estudio de evaluación económica</b>	No aplicable
<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	<p>En general, los resultados de diferentes estudios son contradictorios en relación al impacto del servicio de respiro en la salud psicológica de los cuidadores. El estudio más amplio revisado no encontró impacto mientras que los otros dos estudios sí identificaron una mejora en la salud psicológica de los cuidadores gracias a reducir la carga de trabajo, los sentimientos negativos y la depresión entre otras variables.</p> <p>Las diferencias entre estudios pueden deberse a que la intensidad del servicio no es la misma en los servicios analizados, siendo los de mayor intensidad los que mejores resultados obtienen.</p> <p>En el caso de los servicios de respiro en residencias los datos de la investigación permiten afirmar que este tipo de programas reducen de manera significativa los efectos psicológicos negativos de los cuidadores.</p> <p>La revisión sobre servicios de respiro a domicilio (sitters services) no permite concluir que se trate de servicios eficaces.</p> <p>En general, el nivel de satisfacción de los cuidadores con el servicio de respiro que reciben es alto.</p> <p>En general, los diferentes estudios en relación a prevenir la institucionalización de las personas dependientes no obtienen los mismos resultados. La mayoría de los trabajos analizados indican que gracias a los servicios de respiro las personas mayores se mantienen más tiempo en la comunidad, aunque el resultado depende de quién es el cuidador/a principal: cuando es el hijo/a se obtienen resultados positivos. Sin embargo cuando el cuidador/a principal es el esposo/a puede darse el efecto contrario, es decir, la provisión de servicios de respiro en residencias puede apresurar o provocar un ingreso residencial.</p> <p>Los servicios de respiro en centros residenciales son eficaces a la hora de reducir la percepción de la carga de trabajo de los cuidadores.</p>
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	
<b>Otros resultados</b>	
<b>Limitaciones del estudio</b>	
<b>Conclusiones</b>	
<b>Relación coste-efectividad</b>	Aunque las investigaciones revisadas en algunos casos arrojan resultados contradictorios, se puede decir que los servicios de respiro en residencias sí son coste-efectivos a la hora de reducir los efectos psicológicos negativos

que la atención a personas mayores provoca en los cuidadores informales; son eficaces a la hora de reducir la percepción de la carga de trabajo de los cuidadores/as; pueden retrasar la institucionalización de las personas mayores, especialmente cuando están al cuidado de sus hijos/as y consiguen un elevado grado de satisfacción de las personas usuarias. Por el contrario, no hay evidencias suficientes para decir que los servicios de respiro a domicilio (sitters services) sean coste-efectivos.

<b>ID Estudio</b>	228
<b>Referencia</b>	Pickard, L. "The Effectiveness and Cost-Effectiveness of Support and Services to Informal Carers of Older People. A Review of the Literature Prepared for the Audit Commission". Londres, Audit Commission, 2003, pp. 90.
<b>País</b>	
<b>Ámbito geográfico</b>	
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Servicios de día
<b>Población destinataria</b>	Familiares, parejas o amigos que proporcionan una atención no remunerada a personas mayores (de 60 o más años) que necesitan atención porque están enfermas, son frágiles o tienen discapacidad.
<b>Descripción de la intervención</b>	Son servicios de atención comunitaria con presencia de cuidadores remunerados o voluntarios en un entorno fuera del domicilio. Los usuarios son llevados y traídos al servicio y la atención proporcionada es de un mínimo de 4 horas diarias.
<b>Intensidad de la intervención</b>	
<b>Objetivos de la intervención</b>	Mejorar la calidad de vida Retrasar o evitar la institucionalización Incrementar el grado de satisfacción de las personas usuarias Mejorar el estado de salud de las personas usuarias
<b>Profesionales que intervienen</b>	
<b>Intervención con la que se compara</b>	Ninguna intervención
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	
<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	Se trata de una revisión sistemática de la bibliografía sobre eficacia y coste-eficacia de servicios para personas cuidadoras informales.
<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la intervención</b>	
<b>Tipo de evaluación económica</b>	2. Estudio coste-eficacia

<b>Validez interna del estudio</b>	No aplicable
<b>Validez externa del estudio</b>	No aplicable
<b>Calidad del estudio de evaluación económica</b>	No aplicable
<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	<p>Los resultados sobre la mejora de la salud psicológica de los cuidadores son contradictorios. Algunos estudios encuentran diferencias tras el paso por el servicio de día y otros no.</p> <p>Sin embargo, los autores concluyen que este tipo de servicios sí reducen los efectos psicológicos negativos que la atención a personas mayores provoca en los cuidadores informales.</p> <p>Los datos sobre el efecto de la intervención en el ingreso de la persona mayor en residencias son confusos. Los estudios sugieren que hay una relación compleja entre los efectos del servicio de día en el estrés del cuidador y el consiguiente ingreso de la persona mayor en un centro residencial. Los autores concluyen que los servicios de día retrasan los ingresos en residencias de larga estancia.</p> <p>La satisfacción de los cuidadores es muy alta, aún en los casos en los que no hay mejoría significativa en el estado de salud psicológica.</p> <p>Un estudio muestra que el servicio de día reduce el estrés del cuidador en un 85%. De manera específica, los datos muestran que estos efectos beneficiosos de la intervención se dan claramente en usuarios con discapacidad cognitiva severa y cuidadores que tienen un trabajo remunerado. Este trabajo también muestra que la disminución del estrés del cuidador aumenta significativamente la habilidad de la persona mayor para permanecer en la comunidad por períodos de tiempo extensos.</p>
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	
<b>Otros resultados</b>	
<b>Limitaciones del estudio</b>	
<b>Conclusiones</b>	
<b>Relación coste-efectividad</b>	<p>Los resultados de la revisión de la literatura sobre la eficacia de los servicios son contradictorios.</p> <p>No obstante, un estudio muestra que los servicios de día pueden ser coste-efectivos para personas mayores en general y especialmente personas con discapacidad cognitiva y problemas de conducta ya que alargan la estancia de la persona en la comunidad y se reduce la carga del cuidador.</p>

<b>ID Estudio</b>	229
<b>Referencia</b>	Pickard, L. "The Effectiveness and Cost-Effectiveness of Support and Services to Informal Carers of Older People. A Review of the Literature Prepared for the Audit Commission". Londres, Audit Commission, 2003, pp. 90.
<b>País</b>	
<b>Ámbito geográfico</b>	
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Autocuidado
<b>Población destinataria</b>	Familiares, parejas o amigos que proporcionan una atención no remunerada a personas mayores (de 60 o más años) que necesitan atención porque están enfermas, son frágiles o tienen discapacidad.
<b>Descripción de la intervención</b>	Son grupos de auto-ayuda que pueden estar ubicados en hospitales, centros de adultos, genéricos, específicos, con diferentes focos de atención, implementados por distintos organismos, etc.
<b>Intensidad de la intervención</b>	
<b>Objetivos de la intervención</b>	Mejorar la calidad de vida
<b>Profesionales que intervienen</b>	
<b>Intervención con la que se compara</b>	Ninguna intervención
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	
<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	Se trata de una revisión sistemática de la bibliografía sobre eficacia y coste-eficacia de servicios para personas cuidadores informales.
<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la intervención</b>	
<b>Tipo de evaluación económica</b>	2. Estudio coste-eficacia
<b>Validez interna del estudio</b>	No aplicable
<b>Validez externa del estudio</b>	No aplicable
<b>Calidad del estudio de evaluación económica</b>	No aplicable

<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	No hay evidencia de que los grupos de auto ayuda produzcan mejoras significativas en el bienestar de los cuidadores y en su capacidad de seguir atendiendo a sus familiares.
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	
<b>Otros resultados</b>	
<b>Limitaciones del estudio</b>	
<b>Conclusiones</b>	La revisión no permite concluir que los grupos de auto-ayuda sean eficaces.
<b>Relación coste-efectividad</b>	No hay evidencia empírica suficiente para afirmar que los grupos de auto-ayuda sean coste-efectivos.

<b>ID Estudio</b>	230
<b>Referencia</b>	Pickard, L. "The Effectiveness and Cost-Effectiveness of Support and Services to Informal Carers of Older People. A Review of the Literature Prepared for the Audit Commission". Londres, Audit Commission, 2003, pp. 90.
<b>País</b>	
<b>Ámbito geográfico</b>	
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Gestión de casos
<b>Población destinataria</b>	Familiares, parejas o amigos que proporcionan una atención no remunerada a personas mayores (de 60 o más años) que necesitan atención porque están enfermas, frágiles o tienen discapacidad.
<b>Descripción de la intervención</b>	La intervención que se evalúa es el asesoramiento o counselling, que constituye una de las funciones fundamentales del trabajador social cuando realiza gestión de casos.
<b>Intensidad de la intervención</b>	
<b>Objetivos de la intervención</b>	Reducir la carga de trabajo de las personas cuidadoras Retrasar o evitar la institucionalización
<b>Profesionales que intervienen</b>	
<b>Intervención con la que se compara</b>	Ninguna intervención
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	
<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	Se trata de una revisión sistemática de la bibliografía sobre eficacia y coste-eficacia de servicios para personas cuidadoras informales.
<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la intervención</b>	
<b>Tipo de evaluación económica</b>	2. Estudio coste-eficacia
<b>Validez interna del estudio</b>	No aplicable
<b>Validez externa del estudio</b>	No aplicable
<b>Calidad del estudio</b>	No aplicable

<b>de evaluación económica</b>	
<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	<p>La revisión sobre estudios que analizan el asesoramiento o counselling pone de manifiesto que este tipo de intervenciones son eficaces a la hora de aliviar el estrés del cuidador y reducir la percepción subjetiva de carga de trabajo del cuidador.</p> <p>La revisión concluye que este tipo de servicios sí permite reducir los efectos psicológicos negativos que la atención a personas mayores provoca en sus cuidadores informales.</p> <p>Hay algún estudio (en EE.UU) que muestra que el counselling puede retrasar o posponer la institucionalización de larga estancia. Sin embargo, estudios recientes del Reino Unido indican que este tipo de intervenciones no son efectivas a la hora de prolongar la estancia de las personas mayores en la comunidad.</p>
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	
<b>Otros resultados</b>	
<b>Limitaciones del estudio</b>	
<b>Conclusiones</b>	
<b>Relación coste-efectividad</b>	<p>La revisión sí permite afirmar que el asesoramiento o counselling es coste-efectivo a la hora de reducir los efectos psicológicos negativos que la atención a personas mayores provoca en los cuidadores. No hay evidencias suficientes respecto a su coste-efectividad a la hora de prolongar el mantenimiento de las personas mayores en su entorno habitual.</p>

<b>ID Estudio</b>	231
<b>Referencia</b>	Pickard, L. "The Effectiveness and Cost-Effectiveness of Support and Services to Informal Carers of Older People. A Review of the Literature Prepared for the Audit Commission". Londres, Audit Commission, 2003, pp. 90.
<b>País</b>	
<b>Ámbito geográfico</b>	
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Ayuda a domicilio
<b>Población destinataria</b>	Familiares, parejas o amigos que proporcionan una atención no remunerada a personas mayores (de 60 o más años) que necesitan atención porque están enfermas, son frágiles o tienen discapacidad.
<b>Descripción de la intervención</b>	Los servicios de ayuda a domicilio están orientados a proporcionar en el hogar atención de tipo personal (vestirse, comer, lavarse...), ayuda en las tareas domésticas y en apoyo de tipo social (facilitar las relaciones sociales, ayuda para hacer la compra, ...)
<b>Intensidad de la intervención</b>	
<b>Objetivos de la intervención</b>	Reducir la carga de trabajo de las personas cuidadoras Retrasar o evitar la institucionalización Incrementar el grado de satisfacción de las personas usuarias
<b>Profesionales que intervienen</b>	
<b>Intervención con la que se compara</b>	Ningún servicio formal
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	
<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	Se trata de una revisión sistemática de la bibliografía sobre eficacia y coste-eficacia de servicios para personas cuidadoras informales.
<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la intervención</b>	
<b>Tipo de evaluación económica</b>	2. Estudio coste-eficacia
<b>Validez interna del estudio</b>	No aplicable

<b>Validez externa del estudio</b>	No aplicable
<b>Calidad del estudio de evaluación económica</b>	No aplicable
<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	<p>La ayuda a domicilio permite reducir los efectos negativos psicológicos que la atención a personas mayores provoca en los cuidadores informales, reduciendo su grado de estrés. También se consigue reducir la percepción de la carga que supone el cuidado, aunque no es el tipo de intervención más idónea para alcanzar este objetivo. Estudios han demostrado que el respiro en centros residenciales y los servicios de día pueden resultar más efectivos a la hora de aliviar la carga de los cuidadores/as.</p> <p>La ayuda a domicilio a personas mayores que cuentan con la atención de cuidadores informales puede retrasar o reducir la institucionalización de carácter permanente.</p> <p>La ayuda a domicilio es un servicio altamente valorado tanto por personas mayores como por sus propios cuidadores</p>
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	
<b>Otros resultados</b>	
<b>Limitaciones del estudio</b>	
<b>Conclusiones</b>	
<b>Relación coste-efectividad</b>	<p>El servicio de ayuda a domicilio tiene un efecto positivo sobre los cuidadores/as informales, reduciendo su grado de estrés. Hay indicios sobre su efectividad a la hora de reducir la carga percibida por los cuidadores/as aunque otros servicios (respiro residencial y CD) pueden resultar más coste-efectivos en este sentido. Se trata de un servicio que puede retrasar la institucionalización de las personas mayores y que es altamente valorado tanto por los usuarios/as como por sus cuidadores/as.</p> <p>Con todo, no se ha demostrado claramente que el servicio resulte coste-efectivo a la hora de reducir la carga de las personas cuidadoras.</p>

<b>ID Estudio</b>	232
<b>Referencia</b>	Turning Point "Benefits Realisation: Assessing the Evidence for the Cost Benefit and Cost Effectiveness of Integrated Health and Social Care". Londres, Turning Point, 2010, pp. 54.
<b>País</b>	
<b>Ámbito geográfico</b>	
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Coordinación servicios socio-sanitarios
<b>Población destinataria</b>	Personas mayores que viven en sus domicilios y están en riesgo de dependencia
<b>Descripción de la intervención</b>	La intervención que se evalúa en este trabajo (The partnerships for older people projects) son servicios que coordinan servicios sociales y sanitarios con el objeto de promover la independencia de los usuarios y prevenir o retrasar la institucionalización. Se evaluaron 146 programas muy heterogéneos, tanto desde el punto de vista de la intensidad de la atención proporcionada como del entorno en el que se llevaron a cabo (residencias, programas comunitarios, etc.)
<b>Intensidad de la intervención</b>	
<b>Objetivos de la intervención</b>	Reducir el uso de servicios sanitarios
<b>Profesionales que intervienen</b>	
<b>Intervención con la que se compara</b>	Atención habitual
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	
<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	Se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura de servicios de salud integrados, alojamiento y atención social desde una perspectiva económica.
<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la intervención</b>	
<b>Tipo de evaluación económica</b>	2. Estudio coste-eficacia
<b>Validez interna del estudio</b>	No aplicable
<b>Validez externa del estudio</b>	No aplicable
<b>Calidad del estudio</b>	No aplicable

<b>de evaluación económica</b>	
<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	<p>La intervención evaluada muestra un número menor de estancias hospitalarias en comparación con el grupo de control. El menor uso de los servicios hospitalarios provoca un ahorro significativo. Por cada £1 que se invierte con carácter mensual hay un ahorro de £1.20 en la utilización de servicios hospitalarios.</p> <p>Además, la revisión muestra que este tipo de programas reduce el uso de servicios de emergencia (29%), las estancias nocturnas en hospital (47%), los servicios de fisioterapia, la terapia ocupacional y las visitas al médico de cabecera.</p>
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	<p>El primer año de puesta en marcha, el servicio presenta costes elevados. En los análisis de costes que se presentan en este documento se han excluido los costes del primer año y se indica que la media del gasto semanal por usuario es de entre £4 y £7. A juicio de los autores, son costes bajos si se comparan con intervenciones de tipo social y sanitario de corte tradicional. Por otra parte, la reducción en servicios de fisioterapia, de terapia ocupacional y el menor número de visitas al médico puede resultar en una reducción del coste de £2.166 por persona.</p>
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	
<b>Otros resultados</b>	
<b>Limitaciones del estudio</b>	
<b>Conclusiones</b>	<p>Los autores concluyen que el tamaño y el tipo de proyectos inciden en el ahorro que producen este tipo de programas. En este sentido, los proyectos de corte comunitario y de amplio espectro obtienen un ahorro mayor que los que solamente se centran en atención hospitalaria.</p>
<b>Relación coste-efectividad</b>	<p>Los autores concluyen que, en general, este tipo de programas que coordinan servicios sociales y de atención sanitaria son altamente coste-efectivos.</p>

<b>ID Estudio</b>	233
<b>Referencia</b>	Turning Point "Benefits Realisation: Assessing the Evidence for the Cost Benefit and Cost Effectiveness of Integrated Health and Social Care". Londres, Turning Point, 2010, pp. 54.
<b>País</b>	
<b>Ámbito geográfico</b>	
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Fórmulas de alojamiento en la comunidad
<b>Población destinataria</b>	Personas mayores que viven en fórmulas de alojamiento en comunidad y son dependientes o están en riesgo de dependencia
<b>Descripción de la intervención</b>	El programa "Supporting people" proporciona servicios de alojamiento en comunidad para personas vulnerables con el objetivo de mejorar su calidad de vida, salud y bienestar.
<b>Intensidad de la intervención</b>	
<b>Objetivos de la intervención</b>	Retrasar o evitar la institucionalización
<b>Profesionales que intervienen</b>	
<b>Intervención con la que se compara</b>	Atención residencial
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	
<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	Se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura de servicios de salud integrados, alojamiento y atención social desde una perspectiva económica.
<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la intervención</b>	
<b>Tipo de evaluación económica</b>	2. Estudio coste-eficacia
<b>Validez interna del estudio</b>	No aplicable
<b>Validez externa del estudio</b>	No aplicable
<b>Calidad del estudio de evaluación económica</b>	No aplicable
<b>Principales resultados sobre efectivi-</b>	Los autores de la revisión concluyen que las fórmulas de alojamiento en comunidad permiten a usuarios vivir de manera independiente y retrasar así

<b>dad</b>	la institucionalización.
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	La evaluación del programa “Supporting people” pone de manifiesto que este tipo de servicios tienen unos beneficios de £3.41 billones anuales frente a una inversión inicial de £1.61 billones.
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	
<b>Otros resultados</b>	
<b>Limitaciones del estudio</b>	
<b>Conclusiones</b>	
<b>Relación coste-efectividad</b>	Son servicios coste-efectivos ya que permiten proporcionar a los usuarios un entorno estable de alta calidad (con acceso a servicios sociales y sanitarios) y de menor coste en comparación con otros servicios de alojamiento. La revisión de la literatura indica que los resultados del análisis coste-efectividad varían en función del colectivo que se atiende en la intervención.

<b>ID Estudio</b>	234
<b>Referencia</b>	Turning Point "Benefits Realisation: Assessing the Evidence for the Cost Benefit and Cost Effectiveness of Integrated Health and Social Care". Londres, Turning Point, 2010, pp. 54.
<b>País</b>	
<b>Ámbito geográfico</b>	
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Individualización de la atención
<b>Población destinataria</b>	Personas mayores dependientes o en riesgo de dependencia
<b>Descripción de la intervención</b>	El proyecto LinkAge plus (Watt y Blair, 2009) implica a los propios usuarios en el diseño y puesta en marcha de servicios de atención sanitaria y social. Son servicios dirigidos a promocionar la independencia y el bienestar de las personas mayores.
<b>Intensidad de la intervención</b>	
<b>Objetivos de la intervención</b>	Reducir el coste
<b>Profesionales que intervienen</b>	
<b>Intervención con la que se compara</b>	Atención habitual
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	
<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	Este servicio se analiza dentro de una revisión sistemática de la literatura que ha analizado servicios de salud integrados, alojamiento y atención social desde una perspectiva económica.
<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la intervención</b>	
<b>Tipo de evaluación económica</b>	2. Estudio coste-eficacia
<b>Validez interna del estudio</b>	No aplicable
<b>Validez externa del estudio</b>	No aplicable
<b>Calidad del estudio de evaluación económica</b>	No aplicable

<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	<p>El ahorro neto al final de un período de evaluación de cinco años es de £1.80 por cada £1 invertido en un programa individualizado.</p> <p>Si se tiene en cuenta el dinero total que se ahorran otros sectores el ahorro asciende a £2.65 por cada £1 invertido.</p> <p>Además del ahorro para la sociedad, se calculó un ahorro neto de 1,40 libras por cada libra gastada para las propias personas mayores.</p>
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	
<b>Otros resultados</b>	
<b>Limitaciones del estudio</b>	
<b>Conclusiones</b>	
<b>Relación coste-efectividad</b>	<p>Los autores indican que este tipo de servicios no solamente fueron coste-efectivos por reducir la duplicidad de servicios y proporcionar servicios adaptados a las necesidades y preferencias de las personas mayores, sino que se crean y se integran en proyectos e iniciativas ya existentes por lo que permiten prevenir el gasto de inversión inicial de puesta en marcha del servicio.</p>

<b>ID Estudio</b>	235
<b>Referencia</b>	Turning Point "Benefits Realisation: Assessing the Evidence for the Cost Benefit and Cost Effectiveness of Integrated Health and Social Care". Londres, Turning Point, 2010, pp. 54.
<b>País</b>	
<b>Ámbito geográfico</b>	
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Autocuidado
<b>Población destinataria</b>	Personas mayores dependientes o en riesgo de dependencia
<b>Descripción de la intervención</b>	Los servicios "self-care" son servicios que promueven el autocuidado y la auto-gestión de servicios por parte de las personas mayores.
<b>Intensidad de la intervención</b>	
<b>Objetivos de la intervención</b>	<p>Reducir el uso de servicios sanitarios</p> <p>Reducir el uso de servicios hospitalarios</p> <p>Incrementar la autodeterminación o autocontrol de las personas usuarias</p>
<b>Profesionales que intervienen</b>	
<b>Intervención con la que se compara</b>	Atención habitual
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	
<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	Se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura de servicios de salud integrados, alojamiento y atención social desde una perspectiva económica.
<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la intervención</b>	
<b>Tipo de evaluación económica</b>	2. Estudio coste-eficacia
<b>Validez interna del estudio</b>	No aplicable
<b>Validez externa del estudio</b>	No aplicable
<b>Calidad del estudio de evaluación eco-</b>	No aplicable

<b>nómica</b>	
<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	<p>Uno de los documentos analizados en esta revisión bibliográfica es una revisión de estudios que muestra que son servicios que reducen las visitas al médico de cabecera en un 69%.</p> <p>Otro estudio, que evalúa los resultados de un programa educativo (Vickery, 1988), muestra que tras 12 meses de intervención las visitas al médico de cabecera se reducen en un 31%, lo cual implica un ahorro de \$36.65 por usuario. Por otro lado, otro programa educativo para personas con enfermedad de Parkinson (Montgomery, 1994) muestra una reducción significativa de un 24% en visitas al médico de cabecera, una reducción en admisiones hospitalarias del 50% y una reducción del 28% en días de reclusión en el domicilio.</p> <p>Por otra parte, la evaluación de un programa de auto-gestión de servicios y de apoyo social para personas mayores con artritis crónica (Grossel y Cronan, 2000) encuentra que los costes en atención sanitaria son significativamente menores en el grupo de intervención en comparación con el grupo de control.</p> <p>La revisión de la literatura pone de manifiesto que se reducen las admisiones hospitalarias en un 50%.</p> <p>Uno de los estudios revisados (Grossel y Cronan, 2000) encuentra que un programa de auto-gestión de servicios y de apoyo social para personas mayores con artritis crónica provoca un descenso en la sensación de impotencia en el grupo de intervención en comparación con el grupo control.</p>
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	
<b>Otros resultados</b>	
<b>Limitaciones del estudio</b>	
<b>Conclusiones</b>	<p>La revisión de la literatura pone de manifiesto que los servicios de autocuidado pueden provocar beneficios en la salud de los usuarios y una mejor utilización de los servicios sanitarios.</p> <p>La mayoría de los estudios han analizado los resultados en atención sanitaria los autores también señalan que este tipo de servicios también pueden redundar una menor utilización de los servicios de tipo social (como comidas a domicilio, ayuda a domicilio o centros de día).</p>
<b>Relación coste-efectividad</b>	<p>Los servicios de autocuidado son coste-efectivos ya que permiten reducir el uso de servicios sanitarios, reducen el número de admisiones hospitalarias y promueven la autoeficacia de sus usuarios. Además, la reducción del uso de servicios sanitarios y hospitalarios permite ahorrar dinero a la administración.</p>

<b>ID Estudio</b>	236
<b>Referencia</b>	Turning Point "Benefits Realisation: Assessing the Evidence for the Cost Benefit and Cost Effectiveness of Integrated Health and Social Care". Londres, Turning Point, 2010, pp. 54.
<b>País</b>	
<b>Ámbito geográfico</b>	
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Gestión de casos
<b>Población destinataria</b>	Personas mayores dependientes o en riesgo de dependencia
<b>Descripción de la intervención</b>	La gestión de casos tiene por objetivo mejorar la atención a personas usuarias con enfermedades crónicas o que precisan atención social y sanitaria. La característica distintiva de estos modelos es que existe la figura de un gestor de caso que se ocupa de facilitar el itinerario de la persona usuaria dentro de los sistemas de atención social y sanitaria, funcionando como puente entre ambos sistemas.
<b>Intensidad de la intervención</b>	
<b>Objetivos de la intervención</b>	Reducir el coste Reducir el uso de servicios hospitalarios
<b>Profesionales que intervienen</b>	
<b>Intervención con la que se compara</b>	Servicios comunitarios en general
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	
<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	Se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura de servicios de salud, alojamiento y atención social integrados desde una perspectiva económica.
<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la intervención</b>	
<b>Tipo de evaluación económica</b>	2. Estudio coste-eficacia
<b>Validez interna del estudio</b>	No aplicable
<b>Validez externa del estudio</b>	No aplicable

<b>Calidad del estudio de evaluación económica</b>	No aplicable
<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	<p>Un estudio con grupo control aleatorio (Bernabie, et al., 1998) encuentra que un programa de gestión de casos para personas mayores reduce significativamente los costes de visitas de enfermeras a domicilio en aproximadamente un 50% y los gastos hospitalarios en un 34%. En este servicio el coste total sanitario del grupo de intervención fue de un 23% menos que en el grupo control. En definitiva, los resultados indican que el ahorro total anual se estima en £1.125 por persona.</p> <p>Sin embargo, hay otros estudios (Latour et al, 2007, Jarman et al, 2002; Hobston, et al.) cuyos resultados indican que los programas de gestión de casos analizados no tienen menos coste y no son coste-efectivos.</p>
	<p>Otro estudio (Leung et al., 2004) muestra que un servicio de gestión de casos para personas mayores resulta en una reducción del 36,8% en admisiones hospitalarias y el número de días de dichas estancias se reduce en un 53,1%. En este programa de gestión de casos el ahorro en coste en servicios de atención sanitaria y atención de agudos es de \$170.</p>
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	
<b>Otros resultados</b>	
<b>Limitaciones del estudio</b>	
<b>Conclusiones</b>	<p>Los resultados de la revisión de diferentes programas de gestión de casos ponen de manifiesto que son servicios eficaces que permiten reducir el uso de servicios hospitalarios. Sin embargo, los resultados sobre el coste-eficacia son contradictorios y no concluyentes.</p>
<b>Relación coste-efectividad</b>	<p>La revisión de la literatura pone de manifiesto que los resultados de coste-efectividad de servicios de gestión de casos son contradictorios.</p>

<b>ID Estudio</b>	237
<b>Referencia</b>	Robertson M.C. et al. Economic evaluation of a community based exercise programme to prevent falls. <i>Journal of Epidemiology and Community Health</i> , vol. 55, n° 8, 2001.
<b>País</b>	Nueva Zelanda
<b>Ámbito geográfico</b>	Local
<b>Tipo de intervención evaluada</b>	Prevención de caídas
<b>Población destinataria</b>	Mujeres mayores de 80 años que viven en sus domicilios Se excluyó de la investigación a aquellas personas que no podían desplazarse solas dentro de su vivienda, a las que estaban recibiendo fisioterapia o no podrían entender las condiciones del estudio.
<b>Descripción de la intervención</b>	Se trata de un programa de ejercicio para fortalecer la musculatura y mejorar el equilibrio. Un fisioterapeuta realiza cuatro visitas domiciliarias a las personas usuarias y les prepara un plan individualizado de ejercicios. Se espera que las mujeres realicen estos ejercicios tres veces a la semana (aprox. 30 minutos de duración cada vez) y salgan a caminar otros tres días (30 minutos cada vez).
<b>Intensidad de la intervención</b>	
<b>Objetivos de la intervención</b>	Prevención de caídas Mejorar el estado de salud de las personas usuarias Reducir el uso de servicios sanitarios
<b>Profesionales que intervienen</b>	Fisioterapeuta
<b>Intervención con la que se compara</b>	Atención habitual
<b>Descripción de la intervención con la que se compara</b>	Se les ofrecen los servicios sociales y sanitarios habituales, además de una serie de visitas sociales (4 visitas, igual que en el grupo de intervención).
<b>Descripción de la metodología del estudio</b>	Se trata de un ensayo aleatorio en el que 233 mujeres fueron asignadas aleatoriamente al grupo de intervención (n=116) o de control (n=117). Un año después se pidió a las mujeres que permanecían en el estudio (213), que participaran en un segundo año de seguimiento y el 71% (152 mujeres) accedieron.

	<p>Las mujeres que participaron en el programa recibieron la intervención tal y como se ha descrito. Las personas del grupo de control recibieron la atención habitual además de un número equivalente al del grupo de control de visitas sociales.</p> <p>La relación coste-efectividad del programa se midió como el coste total de proporcionar la intervención menos el ahorro en servicios sanitarios por caída que se logró prevenir.</p>
<b>Descripción de los instrumentos utilizados para medir los resultados de la intervención</b>	<p>Los datos sobre caídas se recogieron a través de unos calendarios mensuales en los que las participantes en el estudio anotaban cualquier caída sufrida. Dentro de las caídas se distinguió entre las caídas que resultaron en daños severos (fracturas, admisiones hospitalarias o puntos de sutura), aquellas que resultaron en daños moderados (torceduras, moretones, cortes, abrasiones o molestias que implicasen una reducción de la actividad física durante al menos tres días, o si se tuvo que visitar al médico) y aquellas que no tuvieron consecuencias sobre la salud.</p> <p>Se utilizó el Short Form 36 (SF-36) para valorar la propia percepción del estado de salud.</p> <p>El coste de la atención sanitaria utilizada por parte de las participantes como consecuencia de caídas se recogió a través del hospital general que proporcionaba atención hospitalaria, de día y domiciliaria en la zona. La utilización de otros recursos sanitarios se recogió a través de las propias personas participantes.</p> <p>El uso de servicios residenciales se estimó a partir de datos recogidos en el hospital.</p>
<b>Tipo de evaluación económica</b>	2. Estudio coste-eficacia
<b>Validez interna del estudio</b>	Satisfactoria
<b>Validez externa del estudio</b>	Buena
<b>Calidad del estudio de evaluación económica</b>	Buena
<b>Principales resultados sobre efectividad</b>	<p>Se produjeron 358 caídas en los dos años de estudio. El riesgo de caída en el grupo de intervención fue 12% menor que en el grupo de control durante el primer año y un 50% menor a lo largo de los dos años de estudio.</p> <p>Por otra parte, el riesgo de sufrir heridas como consecuencia de las caídas fue un 39% menor en el grupo de intervención durante el primer año, y un 37% menor a lo largo de los dos años de intervención.</p> <p>En el instrumento SF-36, sólo los ítems referidos al funcionamiento físico reflejaron diferencias significativas entre los dos grupos. El grupo de intervención mejoró su funcionamiento físico tras un año de intervención, incrementando su puntuación media en la escala 4,7 puntos, mientras que el del grupo de control empeoró (-1,3 puntos de media).</p>

	Durante el primer año de intervención, no se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en la proporción de personas que tuvieron un ingreso hospitalario por una caída (9% en el grupo de control y 6% en el grupo de intervención), o las que utilizaron servicios ambulatorios (18% en el grupo de control y 13% en el de intervención).
<b>Coste de la intervención evaluada</b>	114,8 \$ por persona en el 1er año. 14,52 \$ por persona el segundo año (dólares de EEUU a precios de 1995).
<b>Coste de la intervención de comparación</b>	
<b>Otros resultados</b>	El 22% de las 358 caídas sucedidas a lo largo de los 2 años de estudio requirieron atención sanitaria, con un coste total de 78.888 \$ (dólares de EEUU a precios de 1995). El 90% de estos costes fueron costes hospitalarios (tanto de ingresos, como servicios ambulatorios provistos por el hospital).
<b>Limitaciones del estudio</b>	
<b>Conclusiones</b>	El programa de ejercicio evaluado tuvo un impacto positivo en la percepción de las personas participantes sobre su funcionamiento físico y redujo notablemente el riesgo de caída y de sufrir heridas importantes como consecuencia de esas caídas. No obstante, no se detectó una disminución significativa en el uso de servicios sanitarios como consecuencia del programa. Esto significa que el programa no supone un ahorro económico: prevenir una caída tuvo un coste de 207,24 \$ en el primer año de intervención y 174,9 \$ tras dos años. El coste de prevenir cada caída que resultó en heridas importantes fue de 301,6 \$ el primer año y de 281,2 \$ tras dos años.
<b>Relación coste-efectividad</b>	El programa resultó efectivo a la hora de prevenir caídas. El coste de prevenir una caída con consecuencias moderadas para la salud se calculó entre 281 y 301 \$.