

---

## ORIGINALES Y REVISIONES

# Las residencias extrahospitalarias como alternativa al ingreso de los pacientes crónicos: una evaluación desde el punto de vista de los costos

A. L. DE C. FONSECA

Gerente Financiero del Servicio de Salud Dr. Cândido Ferreira. Campiñas  
São Paulo. Brasil

**A**ntes de iniciar cualquier discusión sobre costos es preciso definir claramente cuál es el punto central de la cuestión. Un énfasis excesivo en la reducción de los costos, que parece ser la tónica general de la programación económica, nos puede desviar del objetivo principal de nuestra actividad que es el de encargarnos del bienestar de las personas, reconociendo el derecho de los pacientes, particularmente de los psiquiátricos, de ser bien tratados y cuidados. Enfatizamos tal preocupación por los pacientes psiquiátricos porque éstos constituyen una minoría (junto con algunas otras) particularmente desposeída de poder contractual y, por tanto, con poca o ninguna capacidad de hacer respetar sus derechos fundamentales de persona y ciudadano.

La reducción de los costos como meta posee un límite claro, que tiene que ver con establecer parámetros mínimamente aceptables de calidad del servicio asistencial que ha de ser prestado. Si pretendemos defender una cierta excelencia en la prestación de esos servicios, nos damos cuenta de que un determinado nivel de calidad puede ser ofrecido por un conjunto variado de estructuras con costos diferentes. Es decir, que una cierta calidad implica un costo mínimo, por debajo del cual la calidad quedaría seriamente comprometida, pero un servicio caro no es necesariamente un servicio de buena calidad. No se trata de buscar pura y simplemente la reducción de los costos, sino de optimizar la utilización de los recursos disponibles. El desafío permanente consiste, por tanto, en mejorar tanto la calidad de la asistencia, como el número de personas atendidas, sin que eso implique necesariamente aumentar la cantidad de recursos asignados.

Podemos identificar por lo menos tres preguntas que son básicas para discutir la cuestión de los costos en el área de la salud. La primera pregunta es: ¿cuánto cuesta mantener una plaza/cama? Para mantener una plaza

en condiciones de ser ocupada conforme a las necesidades, toda la estructura asistencial tiene que estar previamente montada –los profesionales contratados, la hostelería en funcionamiento y todas las demás actividades de soporte aptas para ser desarrolladas–. Este costo existe de antemano, independientemente de la presencia real del paciente. El gasto que supone la entrada de cada nuevo paciente puede ser considerado poco significativo en relación con el costo de la estructura propiamente dicha, en el cual los recursos humanos (principalmente en el caso de los hospitales psiquiátricos) constituye el ítem de mayor peso (entre el 75 y el 80% del costo total).

La segunda pregunta es: ¿cuál es la tasa de ocupación de las plazas disponibles? Si en una estructura organizada para atender a 200 pacientes al día sólo se atienden 50, es obvio que se estarían desperdiciando un gran número de recursos. Una de dos: o concluimos que la demanda de esta área asistencial no pasa en la realidad de 50 pacientes al día, lo que implicaría una reducción de la capacidad, o existen casos en que, por una serie de razones, no consiguen ser encaminados a esta unidad asistencial. De cualquier forma, es deseable operar con una tasa media de ocupación en torno al 90%.

La tercera pregunta es: ¿quién ocupa esas plazas? Ésta es una preocupación absolutamente fundamental cuando se trata del sistema público de salud. Cuanto mayor sea el tiempo que un mismo paciente ocupa una cama, por pequeño que sea el costo de la misma, mayor será el costo efectivo de este paciente para el sistema público de salud. Es decir, que cuando se cuenta con recursos limitados, atender a un mismo paciente durante mucho tiempo implica atender a un menor número de pacientes.

La tasa de ocupación de plazas disponibles y el número de pacientes que se atienden dentro de un determi-

nado período componen lo que podemos llamar “tasa de rotación de los pacientes”. Cuanto mayor sea la tasa de giro de los pacientes por las plazas disponibles en el sistema de salud, menor será el costo medio por paciente lo cual, volvamos a recordar, significa que un número mayor de pacientes estará siendo atendido por el mismo conjunto de recursos disponibles. En otras palabras, si debemos preocuparnos de la calidad de la asistencia prestada a los pacientes que son atendidos en el sistema de salud, de la misma forma no podemos ignorar el derecho de aquellos que se encuentran igualmente necesitados de atención, pero que continúan fuera del sistema por falta de plazas disponibles.

Esta discusión afecta de manera especial a los pacientes crónicos de los hospitales psiquiátricos. En el Cándido Ferreira tenemos cerca de 140 pacientes en estas condiciones. Son 140 camas que están siendo monopolizadas por el mismo grupo de pacientes. Podemos considerar que en torno al 90%, en principio, sólo serán liberadas para nuevos pacientes a partir del fallecimiento de sus actuales ocupantes.

Hay varias cuestiones aquí involucradas. El mantenimiento de la asistencia a estos pacientes no deja de constituir una obligación resultado de la deuda que toda la sociedad tiene con ellos, en la medida en que fue el propio sistema de asilo psiquiátrico tradicional el que los apartó de la familia, de la comunidad de origen y de cualquier posibilidad de reinserción social. Por cierto, que estos pacientes representan un excelente negocio para la psiquiatría privada que ha vivido y vive a costa del dinero público: forman una clientela cautiva (¡literalmente!) y, como ya señalamos, desposeída de poder contractual, por lo que pueden ser sometidos a cualquier condición de tratamiento (lo más barato posible) y, ¡por supuesto!, asegurándose una tasa de reingreso sumamente atractiva a costa de los recursos del Estado.

En Brasil se da, además, una paradoja: el “enfermo mental” en una institución como el Cándido Ferreira, por ejemplo, tiene una calidad de vida mejor, en muchos aspectos, que los familiares, amigos y vecinos de buena parte de los funcionarios que los atienden. La condición de “enfermo” muchas veces es la forma de recuperar una cierta dignidad en cuanto que persona y ciudadano, que está lejos del alcance de una gran parte de la población, igualmente desposeída y, sin embargo, “no enferma”. No es por azar que tengamos casos de ex-pacientes que vuelven por cuenta propia intentando internarse, al tiempo que funcionarios que se indignan con las exigencias de respeto por los pacientes que la institución impone, el mismo respeto que muchas veces no se sienten en condiciones de reivindicar para sí mismos.

Estas constataciones ponen de manifiesto dos necesidades imperiosas. La primera, que no existan “nuestros” pacientes y los “otros”. En definitiva, las personas que están “del lado de fuera” tienen los mismos derechos que las que están dentro. Esto quiere decir que nuestras acciones dentro de las instituciones tienen que ser siempre determinadas por esta valoración más amplia de la situación de la sanidad y de la salud mental en particular, en Campiñas, en São Paulo, en Brasil y en el mundo. La segunda exigencia en este momento es iniciar (o proseguir con mayor determinación) la construcción de un modelo común de la sanidad, y de la salud mental en particular, con todos los sectores que abordan directamente la complicada situación social de Brasil, en el sentido de permitir la construcción de parcelas más definidas y eficaces desde el punto de vista de la optimización de los recursos disponibles.

En este punto es ejemplar el convenio que el Hospital Cándido Ferreira ha establecido con la FUMEC (Fundación Municipal de Educación Comunitaria, vinculada a la Secretaría Municipal de Educación), del cual resultó el Centro Cultural Cándido/FUMEC, cuya principal actividad es propiciar el acceso de los adultos a la educación básica, no sólo para los pacientes y funcionarios de la institución, sino también para la demanda de la propia comunidad en la cual está la institución. Definitivamente, la salud mental por sí misma no podrá hacerse cargo de los desafíos de la rehabilitación social de aquellos que demandan su ayuda.

Pero, volviendo a la realidad de que los pacientes crónicos de los hospitales psiquiátricos representan, sin duda, un costo considerable para el sistema público de salud, aunque sólo sea por el hecho de ocupar permanentemente la misma cama por pequeño que sea el costo de mantenimiento de la cama en sí misma y considerando, por otro lado, que los derechos humanos de estos pacientes, como personas y ciudadanos, deben ser respetados integralmente, la pregunta que se plantea inmediatamente es: ¿existen alternativas?

Podemos decir que los pacientes crónicos generalmente poseen un cuadro relativamente estable, puntuado por alguna crisis. Si el hospital en cuanto tal, cualesquiera que sean sus características, puede ser definido como un local en el que un conjunto de recursos se encuentran particularmente concentrados con el fin de que sea apto para desarrollar formas de tratamiento intensivas desde el punto de vista de la utilización de esos recursos, existe una contradicción entre la intensidad característica del equipamiento hospitalario y la demanda predominantemente duradera de estos pacientes. Se puede decir, exagerando, que los crónicos no necesitan propiamente de un “tratamiento” sino fundamentalmente de un “acompañamiento”. De la contra-

**Tabla I**

**Esquema básico del costo de una casa para cinco personas**

<b>Descripción</b>	<b>Valor*</b>
Alquiler	600,00
Cuentas de agua, luz y gas	100,00
Alimentación	400,00
Medicación	140,00
Mantenimiento de materiales de la casa (3 años)	50,00
24h/mes acompañante terapéutico (nivel universitario)	198,70
60h/mes acompañante terapéutico (nivel medio)	206,40
4h/mes psiquiatra	52,16
<b>TOTAL RESIDENCIA/MES</b>	<b>1.747,26</b>
<b>TOTAL RESIDENCIA/MES</b>	<b>8.049,45</b>

dicción entre las características intensivas de la oferta de tratamiento típica de un hospital y las características de la demanda de tratamiento mantenido por parte de estos pacientes crónicos, se impone la conclusión de que el hospital psiquiátrico puede no ser el equipamiento más adecuado para albergarlos.

Es desde esta perspectiva que el proyecto de residencias extrahospitalarias desarrollado por el Cándido Ferreira se presenta en toda su importancia y dimensión. Con base en la experiencia acumulada resultado de la implantación de un total de 11 residencias, presentamos un esquema básico del costo de una casa para cinco personas en la Tabla I.

Debemos considerar también un costo inicial de implantación de una residencia, correspondiente a la adquisición de los electrodomésticos (cocina, nevera, plancha y licuadora), adquisición del mobiliario básico y de los utensilios domésticos que estimamos en 1.800,00 y cuya reposición está prevista en el capítulo de mantenimiento descrito anteriormente.

Si tenemos en cuenta el valor que se paga por la AIH integral (692,40 RS), que presumiblemente ya no cubre el costo actual de un internamiento hospitalario, pues se trata de un valor definido a mediados de 1996 sin haber sido reajustado desde entonces, verificamos que el costo de un paciente en la residencia extrahospitalaria equivale hoy al 50% de aquel valor.

El número de horas técnicas previstas para el acompañamiento de las residencias cubre la mayor parte de las demandas terapéuticas del grupo de pacientes allí instalados, siendo relativamente pocos aquellos que necesitan utilizar otros recursos. Del grupo total de 140 pacientes crónicos en el Cándido Ferreira, cerca de 30 son pacientes geriátricos, con un alto grado de dependencia física y/o psiquiátrica, los cuales deberán permanecer en el propio servicio. De los 110 restantes, apenas 15 van a requerir un acompañamiento de dos a tres veces por semana en el CAPS o en el hospital de día y 48 ya se encuentran viviendo en las once residencias instaladas.

Para tener una idea más exacta de cómo el cambio afecta al coste medio por paciente en las diferentes formas de asistencia presentamos un cuadro comparativo en la Tabla II.

**Tabla II**

**Coste medio por paciente en las diferentes formas de asistencia**

Ingreso/día = 23,08 => Costo anual = 8.308,80 (base AIH = 692,40 /mes)
Número de pacientes/cama (anual) = 18 (Rotación 18/1)
Media de permanencia/año = 20 días
Costo medio por paciente atendido/año = 8.308,80 /18 = 461,60
Crónicos /día = 23,08 => Costo anual = 8.308,80
Número de pacientes/cama (anual) = 1 (Rotación 1/1)
Media de permanencia/año = 360 días
Costo medio por paciente atendido/año = 8.308,80 /1 = 8.308,80
Coste residente extrahospitalario/día = 11,65 => Costo anual = 4.194,00
Número de pacientes/plaza (anual) = 1 (Rotación 1/1)
Media de permanencia/año = 360 días
Costo medio por paciente atendido/año = 4.194,00/1 = 4.194,00

\* 1 real : 99,20 ptas.

La diferencia de 4.114,80 entre el costo de un ex-crónico en una residencia extrahospitalaria y el costo de un crónico mantenido en el hospital psiquiátrico permitiría la atención de, como mínimo, 8,9 pacientes más al año en la plaza liberada por el primero manteniendo el mismo nivel de gasto. Es decir, el mismo recurso que anteriormente atendía a un único paciente durante un año se vuelve capaz de atender hasta 10 pacientes en el mismo período. Si consideramos períodos de tiempo más largos como base del cálculo de giro de los pacientes, la diferencia se vuelve todavía más manifiesta. Al cabo de dos años habremos consumido 16.617,60 reales con un mismo paciente crónico dentro del hospital en vez de haber costado su manutención en una residencia por el mismo período (8.388,00 reales) y atendido a 17,8 pacientes más en la plaza liberada por él en el hospital. Al final de tres años, un único crónico en el hospital habrá costado 24.926,40 reales, mientras que el mismo recurso habría mantenido este crónico en una

residencia extrahospitalaria por 12,582,00 reales y atendido a 26,7 pacientes más, y así sucesivamente. Por último, si el proyecto de residencias extrahospitalarias representa para los pacientes cronicados de instituciones psiquiátricas una posibilidad inequívoca de reinserción en la comunidad y de recuperación de un grado considerable de autonomía, una posibilidad, en fin, de reconquista de una vida más plena, permite, por otro lado, una considerable reducción de los costos implicados en el mantenimiento de estos mismos pacientes lo que para el sistema público de salud significa obtener una mayor capacidad de asistencia para el mismo número de recursos. Es un proyecto, por tanto, que asocia paradójicamente una considerable mejora de la calidad de vida de estos pacientes, en todos los aspectos, y una reducción, igualmente considerable, de los costos implicados. Como decíamos arriba, no es necesariamente el proyecto más caro aquel que asegura las mejores condiciones de tratamiento.