

Costos y beneficios de los cuidados domiciliarios

En las personas mayores dependientes

Coordinadora: Dra. Nélide Redondo (Universidad ISALUD)

Becarios: Dr. Esteban de la Torre (Hospital Italiano de Buenos Aires), Dr. Matías Manzotti (Hospital Alemán), Lic. Mercedes Aguilar (Universidad ISALUD), Lic. Alejandra Lorena Miranda (Universidad ISALUD) y Lic. María Nair Tordó (Universidad ISALUD)

El presente trabajo es un resumen de la investigación realizada durante 2008 con el apoyo del Ministerio de Salud de la Nación a través de la Comisión Nacional Salud, Ciencia y Tecnología (Beca Carrillo-Oñativia para Estudios Colaborativos Multicéntricos)

En este artículo se presentan los primeros resultados del estudio longitudinal prospectivo de doce meses *Los costos de la dependencia: costos y beneficios de los servicios domiciliarios para personas mayores dependientes*, llevado a cabo entre diciembre de 2007 y abril de 2009 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, con el financiamiento de la beca para estudios colaborativos multicéntricos Salud Investiga 2008.

El estudio se propuso como objetivo principal analizar la estructura básica de servicios que se prestan en el domicilio a personas mayores en situación de dependencia, los costos que éstos demandan y los resultados que se obtienen en los niveles de bienestar personal y familiar en dos poblaciones capitadas en centros de atención médica integral para personas mayores de Buenos Aires. Como todo estudio de caso, sus conclusiones no pueden ser extendidas al total de la población mayor dependiente de la ciudad, o lo que es lo mismo, sólo son válidas y confiables para el universo estudiado y sugieren hipótesis que deben ser medidas por futuras investigaciones sobre el tema.

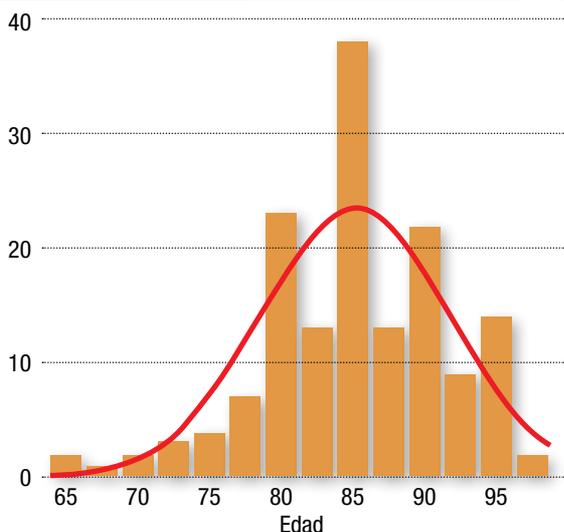
En la investigación se revisó de manera exhaustiva la bibliografía referida a dependencia funcional de las personas mayores, servicios integrales de apoyo, financiamiento y costos de los servicios y bienestar de las personas dependientes, a fin de elaborar un marco de referencia para el estudio de caso en la ciudad de Buenos Aires.

El estudio empírico se efectuó sobre una muestra de 153 personas de 60 años y más, capitada en los planes de salud de dos hospitales privados, incluidos en los programas de atención en domicilio debido a su situación de dependencia de más de noventa días de permanencia.

Las unidades de análisis fueron personas mayores de 60 años asociadas a los planes de atención médica de los dos centros operativos en los que se llevó a cabo esta investigación, que presentaban dependencia de terceros para la realización de las actividades básicas o instrumentales de la vida diaria persistente, con más de noventa

días de evolución, debido a enfermedades crónicas discapacitantes y residían en la Ciudad de Buenos Aires. Se excluyeron, por lo tanto, los pacientes que estuvieran en cuidados domiciliarios de tipo paliativo (exclusivamente terminalidad de enfermedades oncológicas) y los que fueran externaciones de internaciones agudas que no cumplieran con noventa días o más de evolución en domicilio.

Gráfico 1
Distribución por edad del total de los pacientes que conformaron la muestra



Media: 85,11
Mediana: 85
Kurtosis: 3,35
Skewness: -,45
Shapiro-Wilk: p 0,038

1. Características de la muestra

1.1. Aspectos sociodemográficos

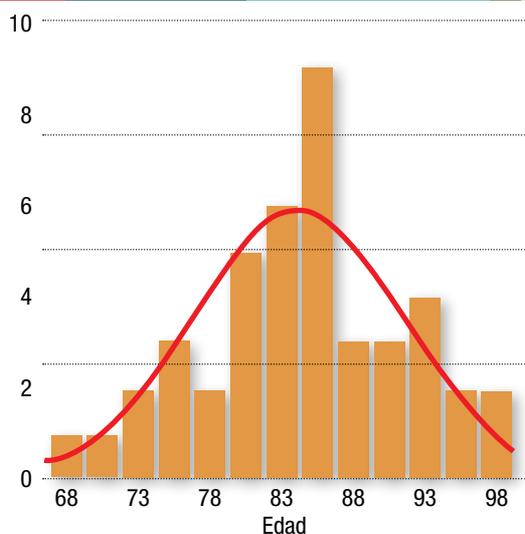
En el estudio participaron 153 pacientes, 56 del hospital 1 y 97 del hospital 2. La población se distribuyó según sexo en un 72% de mujeres y un 28% de varones. Se presenta en el Gráfico 1 la distribución de edades de las personas que conformaron la muestra: la media de edad de la población total es de 85 años y la mediana se ubica también en los 85 años, tratándose por lo tanto de una distribución normal.

Los varones que forman parte de la muestra son más jóvenes que el total de la población bajo estudio. La media de edad es de 83 años y la mediana de 84 años (Gráfico 2).

Las mujeres conforman el grupo más envejecido con un promedio de 85 años y una mediana de 86 años (Gráfico 3)

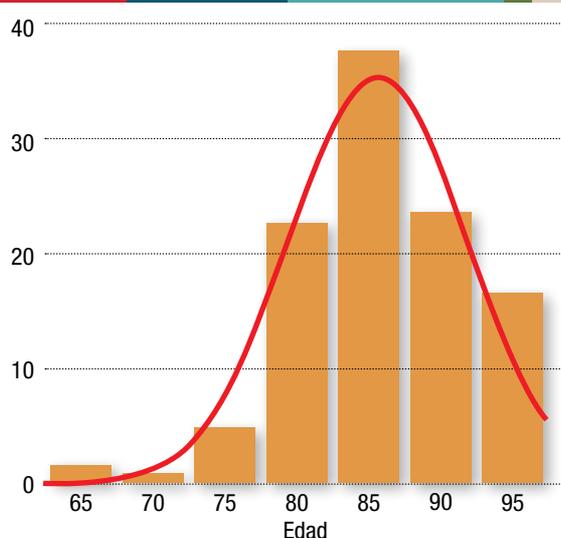
La población que participó en la investigación pertenece a los estratos sociales medios y altos de la ciudad de Buenos Aires. Los datos del sistema estadístico nacional (ECV y EPH) ponen de manifiesto que sólo alrededor del 12% de la población de 65 años y más de las áreas urbanas argentinas contrata planes de atención

Gráfico 2
Distribución por edad de los pacientes varones que conformaron la muestra



Media: 83,86
Mediana: 84
Kurtosis: 2,54
Skewness: -,06
Shapiro-Wilk: p 0,9

Gráfico 3
Distribución por edad de las pacientes mujeres que conformaron la muestra



Media: 85,6
Mediana: 86
Kurtosis: 3,98
Skewness: -,62
Shapiro-Wilk: p 0,002

médica privada (prepagos) y personal para el cuidado de las personas con algún tipo de dependencia (asistente, empleada doméstica, cuidador/a, etc)¹.

En el caso de la población que vive en instituciones de larga estadía, se captó la categoría de los establecimientos, observando que menos del 10% del total de la población estudiada reside en instituciones de categoría inferior², en cambio la mayor parte de los pacientes de la muestra se encuentra en instituciones de categoría intermedia (60%) y un 32% de categoría superior.

1.2. La dependencia funcional de la población estudiada

El total de la población que participó de la investigación, con consentimiento firmado, fueron 153 pacientes, correspondiendo al hospital 1 una muestra de 56 pacientes y al hospital 2 una muestra de 97 pacientes. Los datos sobre la dependencia funcional de la población se tomaron fundamentalmente sobre la base de la clasificación aplicando el Índice de Katz para la evaluación de la dependencia en las *actividades básicas de la vida diaria* (AVD) y la escala de Lawton y Brody para valorar la dependencia de las *actividades instrumentales de la vida diaria* (AIVD).

Debido a que prácticamente la totalidad de la población estudiada necesitaba ayuda para el desempeño de las AIVD (cuadro 0.2), se tomó la categorización según el Índice de Katz como unidad de análisis de la dependencia funcional.

El Cuadro 2 muestra que el 17,65 por ciento de la población que conforma la muestra total no tenía dependencia de AVD en el momento de inicio de la investigación, mientras que sólo el 3,31 por ciento de la población no tenía dependencia en las AIVD. Por ese motivo, se consideró a la categorización del puntaje del Índice de Katz como variable de corte para la valorar la dependencia funcional.

1.3. El deterioro cognitivo de la población estudiada

El nivel de deterioro cognitivo de la población incluida en la muestra se evaluó mediante la aplicación del Minimental Test de Folstein (MMSE). El nivel de deterioro cognitivo es la otra variable de corte considerada en este estudio para observar los comportamientos asociados al costo y al bienestar.

En el cuadro 0.3 se presentan los tabulados correspondientes a la clasificación de la población total según presenta un score > ó < a 24 pts. MMSE. La población con score > a 24 pts. es categorizada como no demente (código 0).

El 71% de los pacientes presentó al inicio de la investigación un MMSE menor a 24. El 29% no evidenció trastornos cognitivos (MMSE>24). Asimismo, el porcentaje de mujeres con deterioro cognitivo (65%)

fue similar al porcentaje de varones con deterioro cognitivo (73%), $p > 0,29$ RR 0,88 (IC 95% 0,69-1,13). (Cuadro 4).

En cambio, se observan diferencias en la distribución por edades cronológicas, aunque esta diferencia no es estadísticamente signi-

Cuadro 1
Población que reside en instituciones de larga estadía según categoría de la institución

Categoría de la institución	Total población	Porcentaje
Superior	8	32,0
Intermedia	15	60,0
Inferior	2	8,0
Total	25	100,0

Cuadro 2
Tabulación de los puntajes AVD y AIVD en la población total

. tab avd_tot ¹			
AVD_TOT	Freq.	Percent	Cum.
0	29	18.95	18.95
1	27	17.65	36.60
2	13	8.50	45.10
3	9	5.88	50.98
4	8	5.23	56.21
5	13	8.50	64.71
6	11	7.19	71.90
7	16	10.46	82.35
8	27	17.65	100.00
Total		153	100.00

. tab avdi_tot ²			
AVDI_TOT	Freq.	Percent	Cum.
0	46	30.46	30.46
1	51	33.77	64.24
2	14	9.27	73.51
3	15	9.93	83.44
4	6	3.97	87.42
5	5	3.31	90.73
6	5	3.31	94.04
7	4	2.65	96.69
8	5	3.31	100.00
Total		151	100.00

1 Sin dependencia corresponde a puntaje 8, con dependencia total al puntaje 0

2 Ídem anterior

Cuadro 3
Tabulación de los pacientes incluidos en la muestra total según score > ó < a 24 pts. MMSE

. tab demente		
demente	Freq.	Percent
0	44	28.76
1	109	71.24
Total	153	100.00

1 Al respecto ver el cuadro 2.6 del Capítulo 2 de los resultados de esta investigación.

2 En el punto de descripción de la técnica se presenta la definición de las categorías de la institución de larga estadía

ficativa ($p=0,070$). Los pacientes con deterioro cognitivo tienen una edad media (85,7 años) mayor que los pacientes que no tienen deterioro cognitivo (83,61 años) (Cuadro 5).

En síntesis, a la luz de la información presentada en esta investigación se consideró a la dependencia de AVD (Índice de Katz) y el deterioro cognitivo (MMSE) las medidas de cruce apropiadas para la valoración de la dependencia de los pacientes estudiados que se relacionan con las otras variable clave del estudio: costo y bienestar.

En los Cuadros 1, 2, 3 y 4 del anexo Gráficos y Cuadros se presentan las distribuciones por grupos de edad y sexo según ambas variables en la población total estudiada.

1.4. Características de la población de cada hospital

La muestra total de la población estudiada se conformó por dos submuestras diferenciadas en los aspectos sociodemográficos. Las poblaciones del hospital 1 y del hospital 2 evidencian, más precisamente, diferencias en las medias y mediana de la edad cronológica

de los pacientes que deben ser tomadas en consideración en la evaluación de los resultados de la investigación.

Asimismo, las subpoblaciones de cada hospital presentan diferencias en las distribuciones de las variables de dependencia y deterioro cognitivo según el sexo y la edad de los pacientes. El cuadro 0.6 muestra las diferentes distribuciones del nivel de dependencia funcional según grupos de edades.

En el Cuadro 7 se presenta la distribución por grupos de edades de la población de cada uno de los hospitales según el grado de deterioro cognitivo.

En los Cuadros 5, 6, 7 y 8 del anexo Cuadros y Gráficos se presentan las distribuciones por sexo de los niveles de dependencia y grado de deterioro cognitivo de las subpoblaciones.

Sin perjuicio de estas diferencias, en algunas partes del análisis las subpoblaciones se unieron a fin de conocer el comportamiento general de las personas mayores dependientes para el estudio de las relaciones entre las variables consideradas clave en esta investigación.

Cuadro 4
Distribución de por sexo de la población con y sin deterioro cognitivo

. cs demente sexo			
SEXO			
	Exposed	Unexposed	Total
Cases	28	81	109
Noncases	15	29	44
Total	43	110	153
Risk	.6511628	.7363636	.7124183
Point estimate	[95% Conf. Interval]		
Risk difference	-.0852008	-.2497374	.0793357
Risk ratio	.8842951	.691667	1.13057
Prev. frac. ex.	.1157049	-.13057	.308333
Prev. frac. pop	.0325184		
chi2(1) = 1.10	Pr>chi2 = 0.2953		

1.5. Características de la población fallecida a lo largo de la etapa de relevamiento (mayo 2008-abril 2009)

Los pacientes que ingresaron al estudio y fallecieron durante el período de observación fueron 11: 6 hombres y 5 mujeres, la edad cronológica de la mayor proporción estaba comprendida entre 80 y 84 años (6 pacientes) como se observa en el Cuadro 8.

Según la aplicación del Índice de Katz, la mayoría de los fallecidos sufría dependencia severa debido a la prevalencia de este nivel de dependencia en los fallecidos de edades extrema (80 años y más), tal como se observa en el Cuadro 9. Por su parte, no se observan diferencias en la distribución de los pacientes fallecidos al aplicar el MMSE para evaluar el grado de deterioro cognitivo.

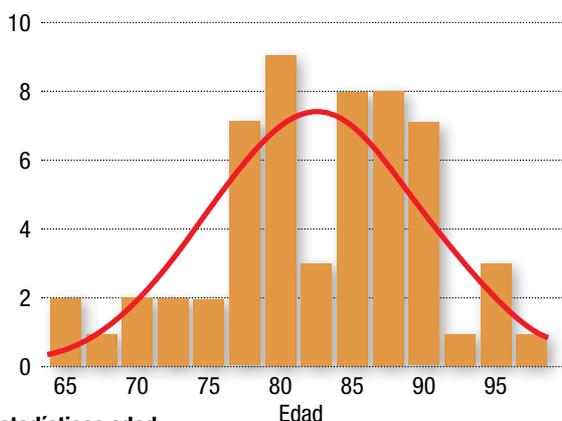
La investigación procesó información contable de ambos hospitales, relevó datos médicos, datos sociodemográficos, gastos familiares destinados al pago de bienes y servicios de salud y sociales, así

Cuadro 5
Media de edad cronológica de los pacientes según presencia de deterioro cognitivo

. ttest edad, by (demente)						
Two-sample t test with equal variances						
Group	Obs	Mean	Std. Err.	Std. Dev.	[95% Conf. Interval]	
0	44	83.61364	1.144532	7.591966	81.30547	85.9218
1	109	85.7156	.5684674	5.934974	84.5888	86.8424
combined	153	85.11111	.5254575	6.49955	84.07297	86.14925
diff	-2.10196	1.152094		-4.378266	.1743459	
Degrees of freedom: 151						
Ho: mean(0) - mean(1) = diff = 0						
Ha: diff < 0		Ha: diff = 0		Ha: diff > 0		
t = -1.8245		t = -1.8245		t = -1.8245		
P < t = 0.0350		P > t = 0.0701		P > t = 0.9650		

Gráfico 4 Distribución por edad cronológica y sexo de la muestra

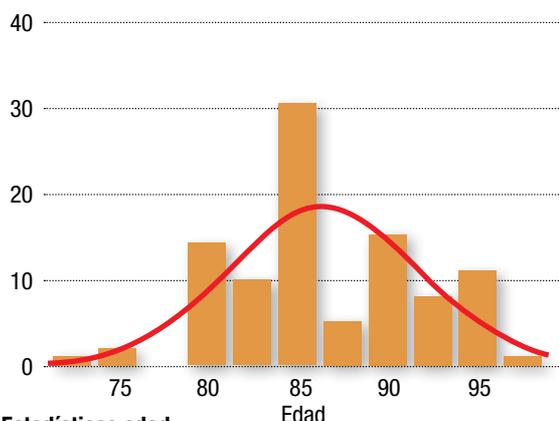
Hospital 1



Estadísticos edad
Media 82,7
Mediana 83,5
Mínimo 64
Máximo 97

Distribución por sexo Hospital 1		
Sexo	Total	Porcentaje
Hombres	16	28,6
Mujeres	40	71,4
Total	56	100,0

Hospital 2



Estadísticos edad
Media 86,5
Mediana 86
Mínimo 72
Máximo 98

Distribución por sexo Hospital 2		
Sexo	Total	Porcentaje
Hombres	27	27,8
Mujeres	70	72,2
Total	97	100,0

Cuadro 6 Cantidad y porcentaje de pacientes del hospital 1 y hospital 2 según nivel de dependencia (Katz) por grupos de edad

Índice de Katz	Grupo de edad									
	Hospital 1					Hospital 2				
	60 a 79 años	80 a 84 años	85 a 89 años	90 años y más	Total	60 a 79 años	80 a 84 años	85 a 89 años	90 años y más	Total
Sin dependencia	7	3	3	5	18	0	3	3	3	9
Porcentaje	35,0	25,0	25,0	41,7	32,1	0,0	9,4	10,3	10,0	9,3
Dependencia moderada	8	3	2	3	16	2	8	9	13	32
Porcentaje	40,0	25,0	16,7	25,0	28,6	33,3	25,0	31,0	43,3	33,0
Dependencia severa	5	6	7	4	22	4	21	17	14	56
Porcentaje	25,0	50,0	58,3	33,3	39,3	66,7	65,6	58,6	46,7	57,7
Total	20	12	12	12	56	6	32	29	30	97
Porcentaje	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Cuadro 7 Pacientes del Hospital 1 según grado de demencia (Folstein) por grupos de edad

Grupos según Folstein (1)	Grupos de edad									
	Hospital 1					Hospital 2				
	60 a 79 años	80 a 84 años	85 a 89 años	90 años y más	Total	60 a 79 años	80 a 84 años	85 a 89 años	90 años y más	Total
Folstein >24 pts.	9	3	3	6	21	3	7	5	6	21
Porcentaje	45,0	25,0	27,3	50,0	38,2	50,0	21,9	17,9	20,0	21,9
Folstein 21 a 23 pts.	3	4	4	2	13	0	4	3	7	14
Porcentaje	15,0	33,3	36,4	16,7	23,6	0,0	12,5	10,7	23,3	14,6
Folstein 11 a 20 pts.	6	4	2	1	13	1	12	11	9	33
Porcentaje	30,0	33,3	18,2	8,3	23,6	16,7	37,5	39,3	30,0	34,4
Folstein < 10 pts.	2	1	2	3	8	2	9	9	8	28
Porcentaje	10,0	8,3	18,2	25,0	14,5	33,3	28,1	32,1	26,7	29,2
Total	20	12	11	12	55	6	32	28	30	96
Porcentaje	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(1) Folstein > 24 Sin demencia; de 21 a 23 pts. Demencia leve; de 11 a 20 pts. Demencia moderada; < 10 pts. Demencia severa

Cuadro 8
Pacientes fallecidos entre mayo 2008 y abril 2009 por sexo según grupo de edad

Sexo	Grupo de edad			
	60 a 79 años	80 a 84 años	85 a 89 años	90 años y más
Hombres	0	3	3	6
Mujeres	1	3	1	5
Total	1	5	4	11

Cuadro 9
Pacientes fallecidos entre mayo 2008 y abril 2009 según nivel de dependencia (Katz) por grupo de edad

Sexo	Índice de Katz		
	Sin dependencia	Dependencia severa	Total
60 a 79 años	1	0	1
80 a 84 años	1	5	6
85 a 89 años	1	3	4
Total	3	8	11

Cuadro 10
Pacientes fallecidos entre mayo 2008 y abril 2009 según grado de demencia (Folstein) por grupo de edad

Grupos de edad	Grupo según Folstein			Total
	Folstein >24 pts.	Folstein 11 a 20 pts.	Folstein < 10 pts.	
60 a 79 años	1	0	0	1
80 a 84 años	1	2	3	6
85 a 89 años	1	1	1	3
Total	3	3	4	10

como la opinión de las mismas personas dependientes o de sus familiares acerca de su bienestar.

El análisis preliminar de la información permite describir los niveles de dependencia de las personas mayores, el tipo de hogar en el que residen, observar la magnitud de los gastos familiares erogables y no erogables, los costos y la facturación hospitalarios por rubros, así como la percepción de bienestar, y describir la relación entre las variables observadas.

Debido a la amplitud de su cobertura y a su enfoque multidisciplinario, la investigación debe ser considerada pionera en el estudio del tema en nuestro país.

En la primera parte de esta investigación se llevó a cabo una exhaustiva revisión de la bibliografía nacional, extranjera e internacional vigente focalizada en el tema específico de dependencia, servicios, costos y bienestar de las personas mayores. Sobre la base de este minucioso examen se elaboró el marco de referencia que facilita la ubicación de la Argentina en el proceso de evolución y transformación verificado, a lo largo de los últimos treinta años, en todos los países con poblaciones envejecidas, en materia de servicios de apoyo a las personas mayores dependientes.

2.- Resultados obtenidos

La situación actual de los servicios y programas dirigidos a personas mayores frágiles y dependientes en nuestro país es com-

parable a la que regía en la mayor parte de los países europeos y de América del Norte en la década de 1980. Tal como en esos momentos en los países industrializados, la dependencia es todavía en nuestro medio un problema estrictamente privado, que se resuelve el ámbito familiar. En los casos en que la necesidad de cuidados excede la capacidad de soporte de las familias, la internación en instituciones de larga estadía es prácticamente la única alternativa disponible. La oferta pública de servicios para la vejez en nuestro país está todavía focalizada en la atención de la pobreza y el desamparo. Son escasas las instituciones asilares, tanto públicas como sin fines de lucro, que admiten personas mayores dependientes. En general, siguiendo patrones tradicionales de asistencia, las instituciones asilares están dirigidas a personas mayores pobres, sanas y autoválidas.

La evolución demográfica, las transformaciones en la estructura familiar, la mayor participación laboral femenina, el descenso de la fecundidad, son factores decisivos para predecir la necesidad de iniciar el cambio de las orientaciones tradicionales en este tema. Todos estos factores están presentes actualmente, por lo menos, en los principales centros urbanos de las provincias del centro litoral y Cuyo. Sin embargo, la organización de servicios adecuados, a precios razonables, incluyendo la subvención a las personas sin recursos materiales suficientes, no está agendada entre las prioridades de las políticas sociosanitarias, ni siquiera en los gobiernos

locales de las ciudades con las poblaciones más envejecidas del país. La información producida por esta investigación indica que el apoyo apropiado a las personas dependientes tiene un costo elevado, que además debe ser sostenido por largo tiempo. La falta de una política estatal en la materia puede determinar fuertes inequidades en el acceso al cuidado de la salud, debido a la carencia de recursos materiales y no materiales suficientes de las familias para ofrecer sostén.

La experiencia internacional muestra que no hay una modalidad unívoca o uniforme de encarar las políticas o de definir la incumbencia estatal en la prestación de servicios a las personas mayores dependientes. En algunos países se optó por ofrecer prestaciones subvencionadas con fondos públicos a los ciudadanos que los necesitan. En otros países, sólo se proporcionan servicios públicos a los ciudadanos con dependencia cuyos ingresos son inferiores a la línea de pobreza considerada para la asistencia social. También se han promovido exenciones impositivas para las familias que proporcionan cuidados a personas dependientes o se regulan seguros privados que cubren el riesgo. En fin, el diseño de políticas no implica la adopción de un modelo determinado de financiamiento público o de prestación sociosanitaria. Pero, sin duda, la función intermediadora del Estado en la regulación, el control, la acreditación y la subvención de los grupos carentes de recursos resulta indispensable cuando los países avanzan hacia el aumento de la proporción y cantidad de personas de edad extrema (80 años y más).

El estudio empírico llevado a cabo en el marco de esta investigación puso en evidencia que, en la muestra observada de la ciudad de Buenos Aires, la adecuada atención sociosanitaria de las personas mayores dependientes se encara con recursos privados. Los gastos familiares, que en una elevada proporción los realizan las mismas personas mayores con el patrimonio acumulado a lo largo de toda la vida, son la única fuente de financiamiento de los servicios en domicilio de atención médica, de cuidados personales y domésticos, de compra o alquiler de los elementos de ayuda, de medicamentos, de insumos, de pago de instituciones de larga estadía, entre los rubros más destacados.

La información aportada por las familias puso en evidencia que el costo anual promedio de los bienes y servicios vinculados con la atención sociosanitaria de las personas mayores dependientes que viven en hogares particulares es de alrededor de US\$ 12.000, en tanto que si las personas residen en instituciones de larga estadía, el gasto familiar promedio asciende a US\$ 17.000. La composición del gasto es diferente en cada una de las alternativas. Mientras el 70 por ciento del gasto de las personas que residen en instituciones se destina al pago de la cuota de la institución, en los hogares particulares algo más del 25 por ciento del gasto se dedica al pago de cuidadores personales y personal doméstico. Las cuotas de las instituciones de larga estadía insumen, en promedio US\$ 12.300 al año, mientras que al pago de cuidadores y servicio doméstico en los hogares particulares se dedican alrededor de US\$ 5.600 anuales. Los valores de las cuotas de las instituciones de larga estadía

reportados por las familias en este estudio se pueden considerar similares a los registrados por el estudio de Monteverde *et al.*³ también para la ciudad de Buenos Aires, es decir, los valores guardan comparabilidad con los que proporciona la única investigación realizada en la Argentina sobre el mismo tema. Debe señalarse que los costos de las instituciones son seis veces más bajas que las registradas en los Estados Unidos, que se tomaron como referencia internacional.

En los hogares particulares, los gastos familiares aumentan a medida que se incrementa el nivel de dependencia de las AVD y el deterioro cognitivo de las personas mayores, fundamentalmente debido al aumento en el gasto en cuidadores personales, medicamentos e insumos (pañales y otros elementos de ayuda). Cuando las personas residen en instituciones de larga estadía, en cambio, el gasto familiar desciende en las categorías de dependencia y deterioro cognitivo severos.

Las instituciones de larga estadía parecen ser una alternativa económicamente más eficiente para el cuidado de las personas con niveles de dependencia o demencia severos. Esta observación se robustece al analizar los costos o la facturación hospitalarios, que también disminuyen cuando los pacientes residen en instituciones de larga estadía. La población mayor dependiente que vive en hogares particulares demanda mayor facturación y costos en ambos hospitales. El costo promedio anual del hospital 1 de los pacientes en hogares particulares fue de algo más de US\$ 1400, mientras que el costo de los pacientes en instituciones de larga estadía fue de alrededor de US\$ 900. En el hospital 2 la facturación promedio en pacientes que vivían en domicilios particulares fue de US\$ 1650, en tanto la que se destinó a pacientes que residían en instituciones de larga estadía fue de US\$ 710.

Los gastos no erogables, es decir, los que revelan el esfuerzo de familiares, amigos y vecinos para realizar gestiones, acompañamiento y proveer a las necesidades de cuidados de las personas dependientes representaron el 3 por ciento de los gastos familiares en esta muestra de la población. El valor es significativamente menor que el 15 por ciento destinado al pago de personal que proporciona cuidados y servicio doméstico. Una de las características de la población estudiada, por su clase social, es el predominio del cuidado formal sobre el informal.

Los costos y la facturación hospitalarios muestran el menor valor relativo en los pacientes con deterioro cognitivo severo. Los costos anuales promedios del hospital 1 para la atención de estos pacientes fue US\$ 1050, que contrastan con los US\$ 1940 que demandaron la atención a pacientes con score MMSE > a 24 pts.. En este hospital, en cambio, el costo promedio anual de los pacientes con dependencia severa de AVD fue ligeramente superior al de los que no tenían dependencia: US\$ 1575 en los primeros y US\$ 1315 en los segundos. Por su parte, la facturación del hospital 2 ratifi-

3 Monteverde M, Angeletti K, Noronha K, Palloni A, 2007. Proyecto: Estimación de Costos Globales de la Dependencia en Países de Latinoamérica y el Caribe- Banco Interamericano de Desarrollo (BID)-Proyectos de Investigación-Economía del Envejecimiento y Políticas Públicas.

ca el menor valor del promedio de atención a pacientes con score MMSE < a 10 pts., que sólo alcanzó los US\$ 760, frente a los pacientes con score MMSE > a 24 pts. que resultó de algo más de US\$ 3.000. Una relación muy similar se registró en la facturación anual promedio de la dependencia severa de AVD y la de la población sin dependencia de AVD.

Este estudio no proporcionó evidencia empírica que permita ratificar plenamente la hipótesis inicial que plantea que los gastos familiares, los costos y la facturación hospitalarios aumentan a medida que aumenta la dependencia y el deterioro cognitivo. Según la información proporcionada por esta investigación, tanto los gastos como los costos y la facturación no son más elevados en los niveles más severos de la dependencia y del deterioro cognitivo, aunque sí aumentan en los niveles leves y moderados. Asimismo, el gasto de los cuidados de los pacientes con deterioro cognitivo disminuye relativamente si los pacientes residen en instituciones de larga estadía.

Finalmente, el análisis preliminar de la información producida por esta investigación pone en evidencia que la dependencia influye negativamente sobre el carácter y el estado anímico de las personas mayores. Aun cuando todo indica que las personas mayores dependientes que integran la muestra estudiada reciben cuidados en domicilio sociales y sanitarios, formales e informales, que pueden ser considerados “óptimos” y sub-óptimos”, las condiciones de salud y la situación de dependencia tiende a producir cambios en el carácter hacia sentimientos negativos tales como la tristeza, la angustia y el pesimismo.

El hallazgo es más destacable si se tiene en cuenta que, según manifiestan las mismas personas mayores y sus familiares, más del 80 por ciento de las personas entrevistados no tiene limitaciones de recursos para elegir según sus preferencias bienes y servicios y que es elevadísima la población que dice decidir por sí misma, sola o en compañía de otros, la organización de su vida cotidiana, así como los familiares que priorizan la opinión que puedan expresar las personas con deterioros cognitivos severos o sus gustos

y preferencias históricos a la hora de tomar decisiones sobre la vida de sus familiares dependientes. Tampoco se puede ratificar la hipótesis inicial acerca de la morigeración que ejercen las buenas condiciones materiales y el control de las decisiones vitales sobre los efectos adversos que provoca la mala salud y la dependencia.

Los resultados hasta aquí expuestos derivan del primer análisis efectuado de los datos que produjo esta investigación. Como se ha mencionado, en la segunda etapa se profundizará el estudio de la asociación entre las variables clave: dependencia, servicios, costos y bienestar.

En los países con poblaciones envejecidas, en las últimas décadas, se verificó un significativo crecimiento de los estudios dirigidos a conocer las implicancias socioeconómicas de la dependencia, un fenómeno que cada vez más se presenta como dinámico, complejo y cambiante, en los diferentes escenarios nacionales y locales. En los países de América latina, en cambio, se registran hasta el momento muy pocas investigaciones sobre este tema. Es común en la región suponer que el problema de la dependencia en la vejez es un problema privado, que se resuelve en el ámbito de la familia. La situación está cambiando en los países del Cono Sur del continente, debido a que la composición por edades de sus poblaciones ya se comienzan a poner en evidencia la tensión que deriva de los límites en la capacidad de soporte de las familias para satisfacer las necesidades de sus miembros dependientes.

El estudio se propuso como objetivo principal analizar la estructura básica de servicios que se prestan en el domicilio a personas mayores en situación de dependencia, los costos que éstos demandan y los resultados que se obtienen en los niveles de bienestar personal y familiar en dos poblaciones capitadas en centros de atención médica integral para personas mayores de la ciudad de Buenos Aires. Como todo estudio de caso, sus conclusiones no pueden ser extendidas al total de la población mayor dependiente de la ciudad, o lo que es lo mismo, sólo son válidas y confiables para el universo estudiado y sugieren hipótesis que deben ser medidas por futuras investigaciones sobre el tema.