



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Especialidad en Medicina Familiar

**COSTO – UTILIDAD DEL SERVICIO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DEL
ENFERMO CRÓNICO (ADEC)**

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de
Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

Médico general Verónica Campos Hernández.

Dirigido por:

MCSS Enrique Villarreal Ríos.

SINODALES

M. en S.S. Enrique Villarreal Ríos
Presidente

M en I.M. Lilia Susana Gallardo Vidal
Secretario

Med. Esp. Jorge Velázquez Tlapanco
Vocal

M en C. Genaro Vega Malagón
Suplente

Dr en C.S. Nicolás Camacho Calderón
Suplente

Med. Esp. Enrique López Arvizu
Director de la Facultad

Dr. Irineo Torres Pacheco
Director de Investigación y Posgrado

Centro Universitario
Querétaro, Qro.
Enero, 2012
México

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación costo utilidad del programa de ADEC. **Metodología:** Estudio de costo-utilidad en pacientes diagnosticados como portadores de alguna enfermedad neurológica en el ADEC, en el período de octubre de 2009 a septiembre de 2010, adscritos a las unidades médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Ciudad de Querétaro. Se conformaron 2 grupos de estudio: grupo 1: pacientes integrados al grupo ADEC; grupo 2: pacientes no ADEC que por cuestiones administrativas no ingreso al programa por estar fuera de área de servicio o no contar con cuidador. Se incluyeron pacientes con evento vascular cerebral de 6 meses de evolución y aceptarán contestar la encuesta. El tamaño de la muestra del grupo ADEC fue de 96 y grupo NO ADEC de 24. La calidad de vida fue evaluada con el cuestionario EuroQol 5d. El costo incluyó la intensidad de uso del servicio el costo unitario de atención médica, atención de enfermería, atención de trabajo social, atención de la clínica del dolor, atención del cuidador y hospitalización. Para el análisis se establecieron diferentes escenarios para cada indicador y se realizaron análisis de promedios, porcentajes y sensibilidad. **Resultados:** El costo mensual en el grupo de ADEC es de \$11,944.75 en tanto grupo No ADEC es de \$18,896.92. La relación costo utilidad considerando el costo de ADEC \$11,944 es mejor en el programa de ADEC con 70.40 unidades contra \$ 18,896.92 y una utilidad de 28.61 unidades del programa no ADEC). El análisis costo utilidad por dimensión utilizando el cuestionario EuroQol 5d señala una mejor relación para el programa No ADEC en movilidad, cuidado personal, actividad habitual, en tanto la relación es mejor para la dimensión dolor-malestar. **Conclusión:** La mejor relación costo-utilidad se obtiene en el grupo No ADEC.

(Palabras clave: Costo – utilidad, enfermedad neurológica, ADEC)

SUMMARY

Objective: To determine the cost-utility ratio of the ADEC program. **Methodology:** A study of the cost-utility of treating patients diagnosed by the ADEC as carriers of a neurological disease from October, 2009 to September 2010 who were affiliated with medical units of the Mexican Social Security Institute in the City of Querétaro. Two groups were formed: Group 1: patients affiliated with the ADEC group; group 2: patients not affiliated with ADEC who for administrative reasons did not enter the program because they resided outside the area of service or did not have a caregiver. The study includes patients suffering from a vascular cerebral trauma six months into progression who consented to the survey. The sample size of the ADEC group was 96 patients, while the non – ADEC group had 24. Quality of life was evaluated using the EuroQol 5d questionnaire. Costs reflected the degree to which services were used, the cost of running each medical unit, nursing services, social work, services provided by the pain clinic, caretaker service and hospitalization. Several scenarios were created for each indicator and analyses were carried out of averages, percentages and sensitivity. **Results:** The monthly cost for the ADEC group is \$11,944.75 and \$18,896.92 for the non-ADEC group. Considering the \$11,944 cost of the ADEC program in 70.40 units compared to the non-ADEC program cost of \$18,896.92 in 28.61 units, ADEC has a better cost-utility ratio. Results from the EuroQol5d Questionnaire indicate a better cost-utility ratio in the non-ADEC program in terms of mobility, personal care and habitual activity, as well as in the dimension of pain/discomfort. **Conclusion:** The best cost-utility ratio is found in the non- ADEC group.

(Key words: cost-utility, neurological disease, ADEC)

DEDICATORIAS

Dedico éste trabajo de investigación a Dios aunque nadie puede pararle en momentos de angustia, acogida y cobijada por un anhelo me ayudó en momentos que parecía no haber consuelo.

A mis hijos Andrea y Luis Arturo que son el motor y el principal motivo para continuar con este sueño, gracias por sus sonrisas, por sus llantos, por regalarme también las ausencias que en tantos momentos que por estudiar han pasado, por ser tan buenos niños y tan independientes.

A mi esposo por permanecer a mi lado sin importar las tempestades, los tiempos, las distancias, que ha buscado hacer comfortable, cada minuto de mi vida a su lado, por estar ahí siempre con un consejo, con un desvelo, con una sonrisa, con palabras de aliento, siempre ahí.....a ti Arturo .

A mis padres Santiago y Ma. Guadalupe por regalarme mucho de su tiempo, por cuidar a mis hijos y hacer de mis ausencias algo más llevadero para mi familia, por aquella comida para el alma y para la vida, por llenarme de sus consejos, regaños, alegrías hoy son quién soy.

A mi hermano Gabriel por robar esos tiempos, de mis padres contigo, por tener alguien más en mi vida, y por el simple hecho de ser mi hermano.

A mi grupo de ángeles que han logrado permanecer por más de 18 años conmigo mis grandes amigas, que aún en la distancia ahí, aunque invisiblemente siempre están: Ma. Ángeles, Ana Lidia, Yuritzi, Claudia, Ceci Méndez y Olguita Montalvo que me han enseñado el poder de ayudar el amor al arte y a la reciprocidad. A Heidi por que cuando todos se han ido, tú sigues ahí ,gracias.

AGRADECIMIENTOS

A mi familia Arturo, Andrea y Luis Arturo por cada instante que han estado en mi vida.

A mis padres Santiago y Ma. Guadalupe por estar siempre a mi lado, por ser mis ángeles en la tierra, y por el gran hecho de ser mis padres.

Al Dr. Enrique Villareal Ríos, por ser mi director de tesis, por las grandes aportaciones a esta investigación.

A Lidia, Emma y Liliana que me ayudaron en esta investigación, y a todos los coparticipes en la misma.

A la Dra. Leticia Martínez por la gran paciencia y empeño que ha puesto para está tesis.

Al Dr. Nicolás Camacho por su atención hacia mi tesis, por las observaciones que son de gran ayuda.

A todos mis profesores por la gran aportación a mis conocimientos, por sus tiempos, por su amistad.

Gracias.

ÍNDICE

Contenido	Página
Resumen	i
Summary	ii
Dedicatorias	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Índice de cuadros y figuras	vi
I Introducción	1
I.1 Objetivo General	2
I.2 Hipótesis	2
II Revisión de Literatura	3
II.1 Atención domiciliaria del enfermo crónico	3
II.2 Enfermedades crónicas	4
II.2.1 Epidemiología	4
II.3 Antecedentes de la atención domiciliaria	5
II.3.1 Servicios de ayuda a domicilio SAD	5
II.3.2 Servicios a domicilio UNISALUD	6
II.4 Economía de la salud	9
II.5 Calidad de vida	13
III. Metodología	17
III. 1 Diseño de la investigación	17
III. 2 Variables a estudiar	18
III. 3 Análisis estadístico	20
III. 4 Consideraciones éticas	20
IV. Resultados	21
V. Discusión	33
VI. Conclusiones	36
VII. Propuesta	37
VIII. Literatura citada.	38
IX. Anexos	43

INDICE DE CUADROS

Cuadro	Nombre	Páginas
Cuadro IV. 1	Características sociodemográficas del paciente y el cuidador.	23
Cuadro IV.2	Porcentaje de la percepción sobre la calidad de vida por dimensión y evaluación global con cuestionario EuroQol 5d.	24
Cuadro IV.3	Costos mensuales por tipo de programa	25
Cuadro IV.4	Costo utilidad medido a partir de la escala analógica	26
Cuadro IV.5	Costo utilidad de acuerdo a las dimensión movilidad del cuestionario EuroQol 5d.	27
Cuadro IV.6	Costo - utilidad de acuerdo a las dimensión cuidado personal del cuestionario EuroQol 5d.	28
Cuadro IV.7	Costo - utilidad de acuerdo a las dimensión actividad habitual del cuestionario EuroQol 5d.	29
Cuadro IV.8	Costo utilidad de acuerdo a las dimensión dolor/ malestar del cuestionario EuroQol 5d	30
Cuadro IV.9	Costo utilidad de acuerdo a las dimensión ansiedad/ depresión del cuestionario EuroQol 5d.	31
Cuadro IV.10	Costo utilidad global	32

I. INTRODUCCIÓN

Ante el impacto de las enfermedades no transmisibles se hace necesario el desarrollo y aplicación de programas de atención que permitan al paciente y a la institución los mismos beneficios de la atención médica, y el desahogo de los servicios hospitalarios al disminuir de 30 a 15 días el internamiento, por lo que se crean programas de hospitalización domiciliaria aplicada a pacientes crónicos degenerativos y terminales, donde se puede brindar una mejor atención al paciente con patología crónica con una vigilancia más estrecha y más cordial, en relación con atención hospitalaria que podría ser menos personalizada por la gran cantidad de población atendida (Córdoba–Villalobos et al., 2008; OMS, 2010).

Las enfermedades crónicas están aumentando en el mundo, en el 2002, estas enfermedades son responsables de las dos terceras partes de muertes y el 46% de morbilidad global. Su alta prevalencia ha hecho necesario la presencia de programas de atención que impacten en pacientes, familia e instituciones de salud (Hospédales, 2008).

A través del programa de la Atención Domiciliaria del Enfermo Crónico (ADEC) se logra correlacionar las enfermedades crónicas con la dicha atención; actualmente se atienden cerca de 300 pacientes crónico degenerativos y terminales que reciben visitas que oscilan entre una semana a un mes, esto dependiendo de secuelas de su patología (accidentes vasculares cerebrales, lesiones medulares, enfermedades cardiovasculares, enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, demencias, diabetes y enfermedades oncológicas terminales). En el caso del paciente se logra la disminución de días de estancia hospitalaria lo que se traduce en menor riesgo de comorbilidad intrahospitalaria, mayor interacción familiar y una atención médica personalizada, y desde la institución, la disminución de costos en los recursos utilizados para su atención (OMS; Ospina, 2010).

En la actualidad se han evaluado los costos, pero no así, la utilidad de este programa, por lo que la aplicación de un análisis económico de costo-utilidad

se hace necesaria para la asignación y utilización de recursos institucionales en pro de la calidad de vida del paciente inserto en el programa (Baly, 2001; Álvarez, 2002; Rodríguez Ledesma, 2007; Salazar-Estrada, 2010).

I.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación costo utilidad del programa de ADEC.

1.2 HIPÓTESIS

Ha: Existe una menor o igual relación costo utilidad en el servicio de ADEC comparado con aquellos pacientes que no están en dicho programa.

Ho: Existe mejor relación costo utilidad en pacientes de ADEC comparado con aquellos pacientes que no están en dicho programa.

II. REVISIÓN DE LITERATURA

II.1 Atención domiciliaria del enfermo crónico.

El programa de Atención Domiciliaria del enfermo crónico (ADEC) fue creado como un método estratégico para disminuir los días de hospitalización, además de atender al mayor número de pacientes crónico terminales con alguna patología que impidiera su traslado a consulta.

Compuesto este por un grupo multidisciplinario de enfermeras, médico, trabajo social, nutrición, siendo un atractivo programa por la calidad de atención que brinda al derechohabiente en su propio medio.

Estando en este programa inserto pacientes que tienen cierto tipo de características para su ingreso, como pertenecer a grupo o localidades de cierta área de afluencia al hospital, tener 1 cuidador y tener padecimientos crónicos y terminales.

Se trata de ofrecer servicios de calidad y calidez a estos pacientes, por lo cuál es necesario tener los recursos e infraestructura necesaria para poder tender a este grupo de población (Romeo-Cepero, 2007; OMS; Ospina, 2010).

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) es uno de los mayores retos que enfrenta el sistema de salud, por el gran número de casos afectados; su creciente contribución a la mortalidad general; la causa frecuente de incapacidad prematura y la complejidad y costo elevado de su tratamiento.

II.2 Enfermedades crónicas.

II.2.1 Epidemiología

A nivel mundial las enfermedades crónicas degenerativas representan el 72% dentro de la población mayor de 30 años, y aumentarán en un 17% afectando principalmente a los países en desarrollo (OMS, 2010).

Su emergencia como problema de salud pública resulta de cambios sociales y económicos que modificaron el estilo de vida de la población. Los determinantes de la epidemia de ECNT tuvieron su origen en el progreso y la mejoría del nivel de vida y no podrán revertirse sin un enfoque individual, social e institucional (OMS, 2010).

En México, de acuerdo a estimaciones del Consejo Nacional de Población (Conapo), en el 2009 la esperanza de vida al nacer en el país era de 75.3 años; en las mujeres de 77.6 años y en los hombres de 72.9 años. (Córdoba – Villalobos et al., 2008). Este incrementó en los varones es de 14.1 y en las mujeres de 14.6. El sexo femenino tienden a vivir más años, su incremento en la esperanza de vida ha sido más acelerado que el de los hombres. En 1930 la esperanza de vida de las mujeres era 1.7 años mayor a la de los hombres; para el año 2009 la diferencia es de casi cinco años (4.7 años) (OMS, 2010).

El aumento en la esperanza de vida trajo consigo el crecimiento de la población con enfermedades de larga duración, hecho que impacta en los servicios de atención a los que acuden

De acuerdo a la demanda de atención la diabetes mellitus ocupa el primer lugar, seguida por la HTA, enfermedades cardiovasculares, cuyas complicaciones agudizan no solo la salud del paciente, sino la atención institucional que se les brinda. Dentro de las principales causas de mortalidad se encuentran las enfermedades cardiovasculares, respiratorias y la diabetes al ser las responsables del 60% de las muertes, prevaleciendo en el sexo femenino y los de menores de 70 años (OMS, 2010).

Ante el impacto de las enfermedades no transmisibles se hace necesario el desarrollo y aplicación de programas de atención que permitan al paciente y a la institución los mismos beneficios de la atención médica, y el desahogo de los servicios hospitalarios al disminuir de 30 a 15 días el internamiento (OMS, 2010). Por lo que se crean programas hospitalización domiciliaria aplicada a pacientes

crónicos degenerativos y terminales cuyo origen se remonta a los países considerados como viejos (Hospédales, 2008).

II.3 Antecedentes de la atención domiciliaria a pacientes con enfermedades crónico degenerativas o con discapacidades a nivel mundial

II.3.1 Servicio de Ayuda a Domicilio [SAD]

En España en 1989, la atención a pacientes con características de discapacidad ya sea por enfermedad o por edad se estructuró a partir de las necesidades de atención que representa esta población (Romeo–Cepero, 2007).

Esta institución tenía una zona de influencia que abarcaba la población de municipios asociados entre si: y que constaban de 143.996 habitantes (Padrón 01/11/2003). Y de los cuales en el año 2004 atendieron 1.421 casos. La plantilla del personal se integraba de 244 Auxiliares del Servicio de Ayuda a Domicilio, dos Administrativos, dos Auxiliares Administrativos, dos Trabajadores Sociales y un Gerente. Este personal es el encargado de la gestión de recursos humanos, contrataciones y variaciones de los contratos a tiempo parcial en función del incremento o disminución de casos a atender así como de la gestión presupuestaria y de los programas que desarrolla el Consorcio (Romeo–Cepero 2007).

Las tareas y organización del S.A.D. los establecen los Servicios Sociales de Base de cada municipio, siendo el consorcio quien supervisa la adecuada ejecución de las mismas, de acuerdo con el programa de intervención individual que se establece, recogándose tales tareas en la ficha de presentación, que es consensuada entre el usuario y la trabajadora social, dándosele a conocer por ésta a la Auxiliar en la primera visita de presentación (Romeo–Cepero, 2007)

Los Servicios Sociales municipales instruyen el expediente a partir de la (solicitud del servicio) por parte del usuario. Los Ayuntamiento rellenan el modelo de solicitud correspondiente y la remiten al Consorcio para comenzar la

prestación. La resolución de cada expediente la realiza el Ayuntamiento según la normativa que regula el Servicio de Ayuda a Domicilio en Castilla – La Mancha (Romeo–Cepero, 2007).

II. 3.2 Atención domiciliaria (Unisalud)

De los primeros creados en España fue Unisalud perteneciente a SSA, servicio de atención domiciliaria médica a sus usuarios mayores de 60 años que se encontraban incapacitados para acudir a las instalaciones físicas de la institución o aquellos que siendo menores de esta edad presentan discapacidad severa. El acceso al servicio se realizaba vía telefónica, la consulta de médica, la auditoria o la jefatura médica y trabajo social (Martínez L , 2010).

Acceso vía telefónica, el paciente se comunicaba con el módulo de enfermería donde la enfermera anotaba datos personales, causa de consulta, fecha y hora de solicitud número de historia clínica, valorándose urgencia y la visita del médico encargado (Martínez L, 2010).

En México consecuentemente la atención domiciliaria para el enfermo crónico (ADEC), se propone como estrategia de atención médica en las diferentes instituciones de salud (este puede tener diferentes siglas) para el paciente terminal y paciente con alguna discapacidad que les impide desplazarse a los servicios de salud (Constantino CP, Muñoz VM, Garduño EJ ; 2002; Hospédales, 2008; Ospina, 2010).

La atención domiciliaria es un programa de atención multidisciplinario que brinda solución a los problemas de salud de ciertos pacientes (los que cumplen los criterios de inclusión) conservando siempre como mayor logro y objetivo la ganancia en términos de calidad de vida (Constantino CP, Muñoz VM, Garduño EJ ; 2002; Hospédales, 2008; Ospina, 2010).

El programa se ha posicionado en los últimos años como una estrategia de atención extra hospitalaria que permite brindar servicios de salud humanizados

y oportunos a la población, representando una mejoría importante en la calidad de vida de los usuarios y con un relativo menor costo comparado con la atención tradicional (Constantino CP, Muñoz VM, Garduño EJ , 2002; Hospédales, 2008; Ospina, 2010).

En el modelo de atención domiciliaria caben actividades de todo el espectro de los servicios de salud desde el fomento y la protección de la salud, la atención primaria, la prevención clínica, la hospitalización en casa con el uso domiciliario de equipos tradicionalmente hospitalarios, enfermedades de alto costo y procedimientos de rehabilitación (Constantino CP, Muñoz VM, Garduño EJ ,2002; Hospédales, 2008; Ospina, 2010).

El impacto en el paciente que es atendido en casa difiere por el tipo de padecimiento que presenta, así, se obtiene una mejor calidad de vida en el paciente con insuficiencia cardiaca que en el de EPOC (esto también depende de la gravedad. En el caso del enfermo terminal, prefieren la muerte en su domicilio. En cuanto al costo eficiencia del programa algunos lo consideran más caro que la atención hospitalaria (Hospédales, 2008; Shepperd S; Ospina, 2010).

La atención de esta población, se realiza a través de un grupo multidisciplinario constituido por médico especialista y enfermera, antes se contaba con nutrióloga-, trabajo social y psicóloga. La función del programa es proporcionar atención especializada a domicilio con la participación activa de familiares en la pronta reincorporación de su paciente a las actividades cotidianas (Bermúdez, 2008).

Para el desarrollo de este programa se cuenta con 183 unidades médicas que dan atención domiciliaria y cada hospital atiende mensualmente un promedio de 90 pacientes, correspondiendo en un 80% a los adultos mayores, quienes generalmente sufren diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares, el resto son pacientes mayores de 18 años que padecen insuficiencia renal, enfermedad vascular cerebral o cáncer en fase terminal

(Constantino CP, Muñoz VM, Garduño EJ ,2002;Romeo–Cepero, 2007; Conapo, 2010).

Dentro del criterio para el ingreso a este programa ESAD se requiere de los siguientes requisitos;

Pacientes con enfermedad aguda que cumplan, al menos, dos de los siguientes criterios:

- Edad > 80 años
- Pluripatología relevante.
- Tendencia a la invalidez, tanto por enfermedad aguda que causa una dependencia intensa, como por patología crónica progresivamente incapacitante.
- Pacientes con reingresos hospitalarios repetidos y/o frequentadores de servicios de urgencias.
- Situaciones de riesgo familiar y/o social que repercuten en el estado de salud.
- Pacientes tributarios de ingreso para cuidados paliativos.
- ACV (considerar situación funcional basal).
- Insuficiencia cardiaca.
- EPOC descompensado.
- Infecciones respiratorias.
- Deshidratación.
- Deterioro funcional de causa no aclarada.
- Delirium en contexto de demencia.
- Síndromes febriles.

Enfermedad terminal (oncológica o no, geriátrico o no) con necesidad de control de síntomas o en situación de claudicación familiar. (Noeno-Ceamanos ML, 2008)

Dentro del criterio de inclusión, tecnología terapéutica compleja (como por ejemplo, pacientes candidatos a ventilación mecánica o a ingreso en UCI en caso de empeoramiento): Inestabilidad hemodinámica, urgencia quirúrgica y negativo al traslado.

Situaciones en las que el problema social sea el problema de mayor relevancia y se requiera otro tipo de recurso no sanitario (Noeno-Ceamanos ML, 2008)

El responsable del Servicio de Urgencias del Hospital General derivará al paciente al Hospital de Convalecencia de referencia del Sector.

La derivación se hará, preferentemente, de forma programada, evitando demoras que mantengan innecesariamente al paciente en urgencias y siempre en un periodo inferior a las 18 horas desde su ingreso en urgencias.

La frecuencia de visitas domiciliarias en la atención al paciente terminal es un parámetro que está en dependencia del momento del diagnóstico de la enfermedad y la sobrevida del paciente, así como la dependencia que muestran los pacientes y sus familiares por el equipo de salud a la hora del tratamiento de los síntomas y/o como red de apoyo (Noeno-Ceamanos ML, 2008).

La permanencia en el domicilio en los pacientes terminales permite mantener por más tiempo la funcionalidad del enfermo, quien disfruta de mayor libertad de movimientos y ejerce más control sobre sí mismo en su casa que en el hospital. Este hecho, unido a la mayor facilidad para continuar las relaciones familiares y sociales, mejora la percepción del paciente sobre sus cuidados. Otros estudios exhiben por cientos inferiores de fallecimiento domiciliario al nuestro (Romeo-Cepero, 2007; Noeno-Ceamanos ML, 2008).

II. 4 Economía de la salud

Se dice usualmente, que la economía es la ciencia que estudia la forma en que los seres humanos resuelven el problema como satisfacer sus

necesidades materiales ilimitadas, frente a una disponibilidad escasa de recursos ya sea en la cantidad o calidad de bienes y servicios que es posible adquirir con los recursos disponibles, frente a las cantidades que la gente desea

La administración de los recursos asignados debe basarse en las consideraciones de los factores involucrados en los análisis económicos que son los instrumentos empleados de manera sistemática identificar, medir, evaluar y comparar los costos y los resultados (consecuencias) (Álvarez, 2002; Baly, 2001 Rodríguez Ledesma, 2007; Salazar- estrada, 2010).

Son útiles para tomar decisiones sobre administración de instituciones, hospitales y organizaciones de salud, para establecer prioridades en las necesidades de servicios y las demandas de salud con la consecuente distribución de recursos y para la planeación de programas y políticas de salud.

Los análisis se basaba en estimaciones, pero aun los cálculos mas completos y preciso generan incertidumbre que se incrementan cuando interviene un bien eminentemente humano como es la salud, de tal forma que a pesar de que un análisis se realice de manera meticulosa y estricta hay variables tan frágiles, tan subjetivas, y tan difíciles de cuantificar que pueden quedar fuera de toda. (Rodríguez- Ledezma, 2007)

El objetivo de la evaluación económica ,del análisis económico es evaluar en forma comparativa diferentes intervenciones en salud, tomando en cuenta tanto los costos económicos como sus efectos, determinando la mejor forma de utilizar los recursos disponibles con el fin de maximizar los beneficios de intervenciones de salud en la comunidad (Constantino, 2002; Quinteros, 2006).

Es el análisis comparativo de las acciones alternativas en términos de sus costos y consecuencias. Los componentes básicos de cualquier evaluación económica son identificar, cuantificar, valorar y comparar costes y consecuencias de las alternativas consideradas, dichos componentes son característicos de todas las evaluaciones económicas

Análisis costo – efectividad considera el costo de la nueva acción en relación a la terapia antigua, por año de vida ganado

El análisis comparativo de los costos de las alternativas terapéuticas o programas sanitarios es común a todas las formas de evaluación económica y por ello posiblemente la mayoría de los conceptos metodológicos, los costos son específicos de cada contexto, y las operaciones abiertas a los analistas suelen ser ilimitadas, por la disponibilidad de datos.

El análisis costo – utilidad (ACU) es una forma de evaluación económica completa en la que examinan tanto los costos como las consecuencias de los programas o tratamientos sanitarios. Aquí se pueden ver escalas de calidad de vida y habría dos formas de tomar los costos intermedios y finales los intermedios pueden tener algún valor o significado clínico en si mismos, el analista económico debe escoger una medida de utilidad que esté relacionada con el producto final. Se podría realizar como años de vida ganados para evaluar utilidad, o mejor tratamiento.

El análisis costo – utilidad es una forma de evaluación económica centrada particularmente en la calidad del producto de salud producido o evitado por los programas o tratamientos sanitarios. Tiene muchas similitudes con el de costo- utilidad, por lo que son también aplicables.

La diferencia es que en el análisis de costo – utilidad (ACU se compara el incremento de costo de un programa desde el punto de vista concreto con sus efectos con el objetivo del mismo; por ejemplo mejora en Mm Hg de la presión arterial promedio, casos detectados, casos de enfermedad evitados, pacientes significativamente mejorados, vidas salvadas o años de vida ganados. Los costes suelen expresarse como coste por unidad de efecto.

En el análisis de costo utilidad (ACU), por el contrario, se compara el costo incremento de mejora de salud atribuible al mismo, medida de está última, en años de vida ganados o ajustados por calidad (AVACs o QALYs, de sus

iniciales en inglés) o alguna variante suya, como los años de vida sana equivalentes (AVSE). Los resultados suelen expresarse en costo por AVAC ganado. De relación costo-utilidad en la cual los costos se expresan por año de vida ganado ajustado por calidad de vida (Lisboa, 1995).

Sus unidades de medida son los años de vida ajustados por calidad (AVAC, QALYs) y en su determinación se utilizan escalas que valoran diferentes aspectos (Escala Rosser, método de compensación de tiempos, método de Probabilidad de muerte) Medida resumen: Ratio Coste/Utilidad (Gómez – Acebo, 2010).

Análisis costo- beneficio

El análisis que distingue entre sí las técnicas de evaluación económica es la forma de valorar las consecuencias de los programas sanitarios. El análisis de costo beneficio (ACB) requiere hacerlo en unidades monetarias, permitiendo así al analista comparar directamente los diferenciales de costos y consecuencia de los programas de unidades de medición computables, sean dólares, libras y pesetas. (Lisboa, 1995 ; Drummons, 2001; OMS, 2010)

De relación costo-beneficio que relaciona los costos con la mayor cantidad de dinero que el sujeto está dispuesto a pagar por la intervención nueva en relación a la antigua. (Constantino, 2002)

Evaluación económica del programa atención domiciliaria a pacientes con enfermedades crónicas y terminales

El análisis económico en el programa del ADEC se establece ante la necesidad de reasignar recursos en mejora de la atención del paciente ya que es un hecho el 60% de las camas en los servicios de medicina interna las ocupan pacientes mayores de 60 años con padecimientos crónicos, con grave discapacidad caracterizada por “síndrome de inmovilidad”, estancia prolongada y

frecuentes reingresos hospitalarios, que derivan en altos costos de este tipo de atención.

En el estudio de evaluación económica entre la atención del ADEC y la atención hospitalaria se encontró que el costo promedio total por reingreso fue menor para ADEC \$3,676 pesos mexicanos en comparación con Hospital \$21,211. (Constantino, 2002)

En otro estudio de costos de ADEC se observó que el costo de atención con entrega de material fue de \$ 157,598.67 de los cuales 41 % de estos gastos correspondió al IMSS, siendo el mayor costo para el cuidador tomando en cuenta el tiempo de cuidados brindados al paciente (Suriano, 2003).

II. 5 Calidad de Vida

La calidad de vida (CV) abarca el bienestar físico, social, psicológico y espiritual. El bienestar físico se determina por la actividad funcional, la fuerza o la fatiga, el sueño y el reposo, el dolor y otros síntomas. El bienestar social, tiene que ver con las funciones y las relaciones, el afecto y la intimidad, la apariencia, el entretenimiento, el aislamiento, el trabajo, la situación económica y el sufrimiento familiar.

El bienestar psicológico se relaciona con el temor, la ansiedad, la depresión, la cognición y la angustia que genera la enfermedad y el tratamiento. Por último, el bienestar espiritual abarca el significado de la enfermedad, la esperanza, la trascendencia, la incertidumbre, la religiosidad y la fortaleza interior (Vinaccia, 2005).

Definir la categoría calidad de vida, es difícil definir debido a los elementos que la integran y efectos que produce en diferentes esferas de la vida de los individuos y los grupos. De hecho, existe en la actualidad una gran indefinición de la misma desde el punto de vista conceptual y metodológico. Una definición integradora del concepto Calidad de Vida plantea que: "la Calidad de

Vida es el resultado de la compleja interacción entre *factores objetivos y subjetivos*; los primeros constituyen las condiciones externas: económicas, sociopolíticas, culturales, personales y ambientales que facilitan o entorpecen el pleno desarrollo del hombre, de su personalidad; los segundos están determinados por la valoración que el sujeto hace de su propia vida”(García, 2010; Rajimila, 2010).

La medición de la autopercepción del nivel de salud constituye cada vez más un resultado a evaluar dentro de los indicadores de salud poblacional y en la evaluación de efectividad de intervenciones. Además, autopercepción del nivel de salud se relaciona con mortalidad y además es posible derivar utilidades para análisis económicos (Encuesta Nacional de salud, 2008).

La base conceptual de los *qualy* no comprende que los servicios de salud no solo comprenden el tratamiento de los pacientes, sino también el modo como son tratados, por quien son tratados, en que circunstancias, en según qué ambientes y cuales son las consecuencias del tratamiento. Así mismo, los métodos usados para valorar los estados de salud no contemplan el hecho que una misma persona puede valorar de forma diferente un estado de salud en tiempos distintos; y que no es posible extraer conclusiones sumando las preferencias de personas diferentes con preferencias diversas (Guerrero, 2001).

El nuevo enfoque es por un lado, un cambio en el modelo de atención y por otro, el replanteo de indicadores en el proceso de evaluación de los resultados.

Cuando el modelo está centrado en el médico, él es el que evalúa la capacidad física o funcional, el cumplimiento de las tareas cotidianas y el rol que tiene el paciente en la sociedad. El papel del observador lo tiene el médico y sus apreciaciones no siempre reflejan lo que realmente siente el paciente (De Cunto, 2009).

Se debe evaluar claramente el instrumento , saber que es lo que se va a estudiar, la población donde se va aplicar, la elaboración de instrumentos conlleva mucho tiempo , por lo que se debe pensar adecuadamente en cual será el de certeza, Se deben utilizar instrumentos ya validados y adecuados para cada estudio. No se encuentran instrumentos perfectos, se debe saber la función y la aplicación de los mismos dependiendo del padecimiento estudiado (Velarde–Jurado, 2002)

Permite estratificar poblaciones, cambios en la calidad de vida a través del tiempo y discapacidad futuras y esto puede ser útil para ver tratamientos (Velarde–Jurado, 2002).

Cuestionario Euroqol -5D

El cuestionario EuroQol se diseñó con el objetivo de que fuera un instrumento genérico de medida de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Que pudiera ser utilizado en la investigación clínica y de servicios sanitarios y permitiera realizar comparaciones entre distintos países (EuroQol; Euroqol Group, 1990).

Con este propósito, el cuestionario debía incluir múltiples dimensiones de la CVRS. Debía ser aplicable a la población general y a pacientes, y no sólo limitarse a describir el estado de salud y la calidad de vida si no a detectar y cuantificar cambios en el estado de salud (EuroQol; Euroqol Group, 1990).

El instrumento se pensó para proporcionar tres tipos de información: un perfil descriptivo de la calidad de vida del individuo y un valor que representa la preferencia del individuo por estar en un determinado estado de salud(EuroQol; Euroqol Group, 1990).

Base conceptual.

El cuestionario EuroQol se desarrolló simultáneamente en 5 países europeos, Inglaterra, Holanda, Noruega, Suecia y Dinamarca, su contenido se

eligió de la revisión de las dimensiones más importantes que incluían los instrumentos de medición genéricos desarrollados, como Sicknes Impact Profile y el Nottingham Health profile y de experiencia personal de los investigadores que iniciaron el proyecto.

El EuroQol es una medida genérica multidimensional de la CVRS que puede expresarse como un perfil del estado de salud o como valor índice. Consta de 3 partes: la primera de ellas, es una descripción del estado de salud en cinco dimensiones: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/ depresión. Cada una de estas dimensiones se codifica tres niveles de gravedad. 1 no tiene problemas, 2 si tienen algunos problemas y 3 si tienen muchos problemas (EuroQol; Euroqol Group, 1990).

La segunda parte es una escala visual analógica milimétrica o termómetro (EVA) de 20 mm cuyos extremos son = peor estado de salud imaginable y 100 mejor estado de salud imaginable. La tercera parte está pensada para obtener valores individuales, índice euroQol dado por 14 estados siendo (11111), el peor (33333) y estado inconsciente; así mismo se pide al individuo que indique en qué lugar de esta escala colocaría el estado de muerte., en 1992 se adaptó al español.

La validez se realizó en 15 000 individuos en la población general, se evaluó EVA con un resultado de 0.60, Fiabilidad de los 3 estados de salud en correlación moderada (0.25 – 0.50) de moderada a buena (0.59- 0.75) y tres estados (superior 0.75) Sensibilidad de 1.2 – 0.6 (Alegre, 1995; Badía X, 1999; Margolles, 2008; Garduño, 2009; Euroqol 5d, 2010).

III. METODOLOGÍA

III.1 Diseño de la investigación

Se realizó un diseño de costo-utilidad en paciente portadores de alguna enfermedad neurológica pertenecientes al Programa de Atención Domiciliaria del Enfermo Crónico (ADEC), IMSS, delegación Querétaro, en el período de octubre de 2009 a septiembre de 2010.

El tamaño de la muestra se calculó con la fórmula de porcentajes para dos poblaciones con 95% de confianza, poder de la prueba de 80%, percepción sobre la calidad de vida en el grupo de ADEC de 60% y en el grupo no ADEC del 30% y una relación de 4:1. Se estudiaron 96 y 24 pacientes respectivamente.

$$n = \frac{Z \alpha + Z \beta^2 (p_1 q_1 + p_2 q_2)}{(p_1 - p_2)^2}$$

$Z \alpha$ = nivel de confianza 1.64 → 95%

$Z \beta$ = poder de la prueba 0.80 → 80

P_1 = Proporción esperada de grupo de ADEC de (60%)

$q_1 = 1 - P_1 = 1 - 0.60 = 0.40$

P_2 = Proporción grupo no ADEC (40%)

$q_2 = 1 - p_2 = 1 - 0.4 = 0.6$

$$n = \frac{(1.64 + 0.80)^2 \times (0.60)(0.40) + (0.40)(0.60)}{(0.60 - 0.40)^2}$$

n: 96 del grupo ADEC
n: 24 del grupo no ADEC

La técnica muestral en el grupo de ADEC fue por cuota hasta completar el tamaño de la muestra, el marco muestral estuvo constituido por el listado nominal de pacientes inscritos en el programa. En el grupo no ADEC también se empleó la técnica por cuota y el marco muestral correspondió a los pacientes que estaban

hospitalizados en el servicio de medicina interna del Hospital General Regional 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Se conformaron dos grupos de estudio considerando los pacientes aceptados y no aceptados en el programa de ADEC.

Se incluyeron en el grupo de ADEC a los pacientes que aceptaron participar en el estudio, previo consentimiento informado y firmado, con antecedente de seis meses con la patología. Se excluyeron los pacientes que no proporcionaron de manera completa el domicilio, y no se pudieron localizar y a los pacientes en estado de coma. Se eliminaron los pacientes que tuvieron entrevistas incompletas.

III. 2 Variables a estudiar.

Las variables estudiadas incluyeron características sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, escolaridad y actividad laboral). Características del cuidador principal (edad, sexo, estado civil y escolaridad).

Se obtuvieron indicadores de características de salud (enfermedad crónica, tiempo de evolución, diagnóstico médico de envió a ADEC, tiempo de ingreso al programa y de estancia hospitalaria).

La utilidad del programa fue evaluada con el cuestionario de calidad de vida, la cual se evaluó en dos dimensiones con el cuestionario EuroQol 5d. La primera dimensión contempló la percepción del paciente (buena con un puntaje de regular y mala) para la realización de actividades y el estado general, se midió la movilidad, cuidado personal, actividad habitual, dolor/malestar, ansiedad/depresión y total. La segunda dimensión incluyó una escala analógica que midió el estado actual de salud según la percepción de paciente en una escala de 0 al 100, correspondiendo 0 a mal estado de salud y 100 muy buen estado de salud.

El costo incluyó la intensidad de uso del servicio, el costo unitario de atención médica, atención de enfermería, atención de trabajo social, atención de la clínica del dolor, atención del cuidador y hospitalización.

La validez y la fiabilidad del cuestionario han sido probadas en una amplia gama de grupos de pacientes tanto en la versión en inglés como la versión en español y sus resultados han sido documentados previamente. Para la muestra de 120 pacientes estudiados se obtiene un alfa de Cronbach de 0,87 en sus cinco reactivos y con al Escala Visual Análoga (EVA)

La estimación del costo incluyó el promedio anual de uso de los servicios de clínica del dolor, enfermería, trabajo social, medicina familiar, neurología, hospital, imagenología (ultrasonografía y radiografías simples) y laboratorio (química sanguínea, biometría hemática, examen general de orina y estudios especiales); estos valores se relacionaron con el costo unitario de cada uno de los servicios identificados y se obtuvo el costo anual por servicio. La suma del costo anual de cada servicio permitió conocer el costo total anual.

Insumos	Uso anual ADEC	Uso anual no ADEC	Costo Unitario	Costo anual por servicio
Clínica del dolor	0.18	0.47	181	2172
Enfermería	1	0.53	142	1704
Trabajo Social	0.25	0.89	188	2256
Medico Familiar	1	1	181	2172
Neurólogo	1	1	181	2172
Hospital	0	4.2	1200	14400
Rayos X	0	1.37	151	1812
Ultrasonografía	0	1.05	151	1812
Química sanguínea	0	0.79	56	672
Examen general de orina	0	0.37	56	672
Biometría hemática	0	0.68	56	672
Especiales	0	0.05	56	672
Costo total			2599	31188

El procedimiento contempló en el programa de ADEC la identificación del paciente para realizar la visita domiciliaria y la aplicación de la encuesta, los pacientes del grupo de no ADEC fueron identificados en el servicio de medicina interna donde se entrevistaron.

III. 3 Análisis estadístico

Para el análisis costo-utilidad se establecieron diferentes escenarios para cada indicador unitario y del 80 % para los dos grupos uno ADEC y no ADEC

Los datos fueron plasmados en cuadros y para el procesamiento de la información fue por medio del programa SPSS V12.

III. 4 Consideraciones éticas

El presente estudio consideró la Declaración de Helsinki y las recomendaciones para la investigación biomédica en seres humanos, la cual se adaptó en la 18a Asamblea Médica Mundial realizada en Helsinki, Finlandia en 1964. Revisada en la 59a asamblea general; Seúl Corea; 2008. Estableciendo los principios éticos para la investigación médica en humanos, incluido la investigación de material humano y de información se solicita el consentimiento informado de los participantes en el proyecto de investigación.

IV. RESULTADOS

Se estudiaron 120 pacientes, 96 que se encontraban en el programa de ADEC y 24 que no pertenecían a dicho programa (No ADEC).

En los pacientes del programa de ADEC la edad promedio fue de 59.29 años (IC 95%; 55.26-63.30), predominó el sexo femenino 51.5% (IC 95%; 41.8-61.2), con pareja 64.4% (IC 95%; 55.1-73.7), con escolaridad de primaria o menos 60.4% (IC 95%; 50.9-69.9) y dedicados a las labores del hogar 49.6 % (IC 95%; 32.0-51.2).

El tiempo de evolución desde el diagnóstico en este grupo tuvo un promedio de 4.62 años (IC95%; 3.71-5.54) y el tiempo transcurrido desde el ingreso al programa fue de 3.19 años (IC95%; 2.58-3.81).

El cuidador tuvo un promedio de edad de 54.87 años (IC95%; 51.95-57.80), predominó el sexo femenino 66.3% (IC95%; 57.1-75.5), el 78.2% vive en pareja (IC95%; 70.1-86.3) y el 59.4% tiene escolaridad de primaria o menos (IC95%; 49.8- 69.8).

En el grupo de no ADEC, la edad promedio del paciente fue de 56.16 años (IC95%; 46.49-65.83), con predominio del sexo femenino 52.6% (IC95%; 30.1- 75.1), con pareja 52.6% (IC95%; 30.1-75.1), escolaridad de primaria o menos 31.6% (IC95%; 10.7-52.5) y dedicados a labores del hogar 57.9% (IC95%; 35.7- 80.1).

El promedio del tiempo de evolución del diagnóstico de la patología fue de 4.79 años (IC95%; 1.82-7.75).

El promedio de edad del cuidador fue de 44.58 años (IC95%; 38.65 – 50.51), con predominio del sexo femenino 52.6% (IC95%; 30.1-75.1), con pareja 73.7% (IC95%; 53.9- 93.5) y escolaridad de primaria o menos 36.8% (IC95%; 15.1- 58.5) (Cuadro IV. 1).

La percepción sobre la calidad de vida buena para la movilidad, cuidado personal y actividad habitual en el grupo de no ADEC es superior que el grupo ADEC; en tanto para dolor/malestar y ansiedad/depresión para la calidad de vida buena, es superior en el grupo de ADEC en comparación con el no ADEC. La evaluación global señala una percepción sobre calidad de vida buena en el grupo de no ADEC superior al grupo ADEC.

Con la aplicación de la escala analógica de la calidad de vida, el promedio en el grupo de ADEC fue de 70.40 (IC95%; 69.7- 75.12) y en el grupo no ADEC de 45.26 (IC95%; 36.41- 54.12). En el cuadro IV.2 se presenta la evaluación de calidad por categorías.

El costo por tipo de programa, estudios y horas del día del cuidado de paciente es menor en el grupo de ADEC, el costo por mes corresponde a \$11,944.75. En tanto el costo en el grupo no ADEC de \$18,896.92 (Cuadro IV.3).

La relación costo utilidad considerando el costo de ADEC \$11,944 es mejor en el programa de ADEC con 70.40 unidades contra 28.61 unidades del programa no ADEC. En el cuadro IV.4 se presenta el análisis para diferentes escenarios.

El análisis costo efectividad por dimensión utilizando el cuestionario EuroQol 5d señala una mejor relación para el programa no ADEC en movilidad, (Cuadro IV.5), cuidado personal (Cuadro IV.6), actividad habitual (Cuadro IV.7), en tanto la relación es mejor para la dimensión dolor-malestar (Cuadro IV. 8) y la mejor relación costo utilidad en el grupo de adec (Cuadro IV.9) .

El análisis costo utilidad global demuestra una mejor relación para el programa no ADEC (Cuadro IV.10).

Cuadro IV.1 Características sociodemográficas del paciente y el cuidador en porcentajes e Intervalos de confianza.

Características sociodemográficas	ADEC	No ADEC
	Paciente	
Edad del paciente	59.29 (IC 95% 55.26 – 63.30)	56.16 (IC 95% 46.49 -65.83)
Sexo femenino	51.5 (IC 95% 41.8 -61.2)	52.6 (IC 95% 30.1 – 75.1)
Pareja	64.4 (IC 95% 55.1 – 73.7)	52.6(IC 95% 30.1 – 75.1)
Escolaridad primaria o menos	60.4 (IC 95% 50.9 – 69. 9)	31.6(IC95% 10.7 – 52.5)
Hogar	49.6 (IC 95% 32.0 – 51.2)	57.9(IC95% 35.7- 80.1)
Tiempo de evolución de diagnóstico	4.62 años (IC 95% 3.71 – 5.54)	4.79 años(IC95% 1.82 – 7.75)
Tiempo de ingreso al programa	3.19 años (IC 95% 2.58 – 3.81)	0
	Cuidador	
Edad	54.87 (IC 95% 51.95 – 57.80)	44.58 (IC95% 38.65 – 50.51)
Sexo femenino	66.3 (IC95% 57.1 – 75.5)	52.6 (IC 30.1 -75.1)
Pareja	78.2 (IC 95% 70.1 – 86.3)	73.7 (IC 95% 53.9 -93.5)
Escolaridad primaria o menos	59.4(IC 95% 49.8 – 69.8)	36.8 (IC95% 15.1 -58.5)
P< 0.05		

Fuente: Cuestionario Costo – Utilidad en el servicio de Atención Domiciliaria del enfermo crónico ADEC, IMSS, delegación Querétaro, de septiembre – octubre de 2010.

Cuadro IV.2 Porcentaje de la percepción sobre la calidad de vida por dimensión y evaluación global con cuestionario EuroQol 5d.

Categorías	Movilidad		Cuidado persona		Actividad habitual		Dolor/malestar		Ansiedad/depresión		Evaluación global	
	ADEC	NO ADEC	ADEC	NO ADEC	ADEC	NO ADEC	ADEC	NO ADEC	ADEC	NO ADEC	ADEC	NO ADEC
Buena	4.0	21.1	2.0	15.8	1.0	21.1	64.4	36.8	24.8	0.0	4.0	15.8
Regular	13.9	31.6	39.6	52.6	27.7	42.1	20.8	31.6	41.6	57.9	40.6	42.1
Mala	82.2	47.4	58.4	31.6	71.3	36.8	14.9	31.6	33.7	42.1	55.4	42.1

Fuente: Cuestionario Costo – Utilidad en el servicio de Atención Domiciliaria del enfermo crónico ADEC, IMSS, delegación Querétaro, de septiembre –octubre de 2010.

Cuadro IV 3. Costos mensuales por tipo de programa

Insumos	Costo unitario*	Promedio ADEC “	Promedio NO ADEC”	Costo ADEC*	Costo No ADEC°
Servicios					
Clínica del dolor	181	0.18	0.47	32.58	85.07
Enfermería	142	1	0.53	142	75.26
Trabajo social	188	0.25	0.89	47	167.32
Médico familiar	181	1	1	181	181
Neurólogo	181	1	1	181	181
Hospital	1200	0	4.2	0	5040
Estudios					
Rayos X	151	0	1.37	0	206.87
Ultrasonografía	151	0	1.05	0	158.55
Química sanguínea	56	0	0.79	0	44.24
Examen general de orina	56	0	0.37	0	20.72
Biometría hemática	56	0	0.68	0	38.08
Especiales	56	0	0.05	0	2.8
Cuidador					
Horas por mes	35.36	321.30	359.05	11,361	12,695
Costo total				11,944.75	18,896.92

- Pesos mexicanos
- ° Costo del minuto
- “ Asistencia al servicio mensual

Fuente: Cuestionario Costo – Utilidad en el servicio de Atención Domiciliaria del enfermo crónico ADEC, IMSS, delegación Querétaro, de septiembre –octubre de 2010.

Cuadro IV. 4 Costo utilidad medido a partir de la escala analógica

Indicadores	ADEC		No ADEC	
	*costo	utilidad	*costo	utilidad
Valores originales	11,944	70.40	18,896	45.26
costo de ADEC (\$11,944)	11,944	70.40	11,944	28.61
Costo No ADEC (\$18,896)	18,896	111.37	18,896	45.26
Utilidad ADEC (70.40)	11,944	70.40	29,393	70.40
Utilidad No ADEC (45.26)	7,679	45.26	18,896	45.26
Costo de \$10,000	10,000	58.94	10,000	23.95
Utilidad de 80	13,573	80	33,401	80

- Costo en pesos
- Unidades ajustadas por calidad.

Fuente: Cuestionario Costo – Utilidad en el servicio de Atención Domiciliaria del enfermo crónico ADEC, IMSS, delegación Querétaro, de septiembre –octubre de 2010.

Cuadro IV. 5 Costo utilidad de acuerdo a las dimensión movilidad del cuestionario EuroQol 5d.

DIMENSIONES Movilidad	GRUPOS			
	ADEC		NO ADEC	
	*costo	utilidad	*costo	utilidad
Valores originales	11,944.75	4.00	18,896.92	21.10
costo de ADEC (\$11,944)	11,944)	4.00	11,944)	13.34
Costo No ADEC (\$18,896)	18,896	6.33	18,896	21.10
Utilidad ADEC (70.40)	11,944.75	70.40)	3,582.35	70.40)
Utilidad No ADEC (45.26)	63,008.56	45.26	18,896.92	45.26
Costo de \$10,000	10,000	3.35	10,000	11.17
Utilidad de 80 * Pesos	238,895.00	80	71,647.09	80

°Unidades ajustadas por calidad

Fuente: Cuestionario Costo – Utilidad en el servicio de Atención Domiciliaria del enfermo crónico ADEC, IMSS, delegación Querétaro, de septiembre –octubre de 2010.

Cuadro IV. 6 Costo - utilidad de acuerdo a las dimensión cuidado personal del cuestionario EuroQol 5d.

DIMENSIONES Cuidado personal	GRUPOS			
	ADEC		NO ADEC	
	*costo	utilidad	*costo	utilidad
Valores originales		2.00		15.00
costo de ADEC (\$11,944)	11,944.75		18,896.92	
Costo No ADEC (\$18,896)		2.00	11,944.75	9.48
Utilidad ADEC (70.40)	18,896.92	3.16	18,896.92	15.00
Utilidad No ADEC (45.26)		70.40	2,519.59	70.40
Costo de \$10,000	11,944.75	45.26	18,896.92	45.26
Utilidad de 80 *Pesos	89,585.63	1.67	10,000	7.94
	10,000		100,783.57	80

° Unidades Ajustadas por calidad.

Fuente: Cuestionario Costo – Utilidad en el servicio de Atención Domiciliaria del enfermo crónico ADEC, IMSS, delegación Querétaro, de septiembre –octubre de 2010.

Cudro IV. 7 Costo - utilidad de acuerdo a las dimensión actividad habitual del cuestionario EuroQol 5d.

DIMENSIONES Actividad habitual	GRUPOS			
	ADEC		NO ADEC	
	*costo	Utilidad	*costo	Utilidad
Valores originales	11,944.75	1.00	18,896.92	21.10
costo de ADEC (\$11,944)	11,944.75	1.00	11,944.75	13.34
Costo No ADEC (\$18,896)	18,896.92	1.58	18,896.92	21.10
Utilidad ADEC (70.40)	11,944.75	70.40	895.59	70.40
Utilidad No ADEC (45.26)	252,034.23	45.26	18,896.92	45.26
Costo de \$10,000	10,000	0.84	10,000	11.17
Utilidad de 80 *Pesos	955,580.00	80	71,647.09	80

°Unidades Ajustadas por calidad

Fuente: Cuestionario Costo – Utilidad en el servicio de Atención Domiciliaria del enfermo crónico ADEC, IMSS, delegación Querétaro, de septiembre –octubre de 2010.

Cuadro IV. 8 Costo utilidad de acuerdo a las dimensión dolor/ malestar del cuestionario EuroQol 5d

DIMENSIONES Dolor /malestar	GRUPOS			
	ADEC		NO ADEC	
	*costo	utilidad	*costo	utilidad
Valores originales	11,944.75	64.40	18,896.92	36.80
costo de ADEC (\$11,944)	11,944.75	64.40	11,944.75	23.26
Costo No ADEC (\$18,896)	18,896.92	101.88	18,896.92	36.80
Utilidad ADEC (70.40)	11,944.75	70.40	33,069.61	70.40
Utilidad No ADEC (45.26)	6,825.57	45.26	18,896.92	45.26
Costo de \$10,000	10,000	53.91	10,000	19.47
Utilidad de 80	14,838.20	80	41,080.26	80

*Pesos

°Unidades Ajustadas por calidad

Fuente: Cuestionario Costo – Utilidad en el servicio de Atención Domiciliaria del enfermo crónico ADEC, IMSS, delegación Querétaro, de septiembre –octubre de 2010.

Cuadro IV. 9 Costo utilidad de acuerdo a las dimensión ansiedad/ depresión del cuestionario EuroQol 5d.

DIMENSIONES Ansiedad/Depresión	GRUPOS			
	ADEC		NO ADEC	
	*costo	Utilidad	*costo	Utilidad
Valores originales	11,944.75	24.80	18,896.92	0
costo de ADEC (\$11,944)	11,944.75	24.80	11,944.75	0
Costo No ADEC (\$18,896)	18,896.92	39.23	18,896.92	0
Utilidad ADEC (70.40)	11,944.75	70.40	0	70.40
Utilidad No ADEC (45.26)	0	45.26	18,896.92	45.26
Costo de \$10,000	10,000	20.76	10,000	0
Utilidad de 80	38,531.45	80	0	80

*Pesos

°Unidades Ajustadas por calidad

Fuente: Cuestionario Costo – Utilidad en el servicio de Atención Domiciliaria del enfermo crónico ADEC, IMSS, delegación Querétaro, de septiembre –octubre de 2010.

Cuadro IV. 10 Costo utilidad global

Global	ADEC		No ADEC	
	*costo	Utilidad	*costo	Utilidad
Valores originales	11,944.75	4.00	18,896.92	15.80
costo de ADEC (\$11,944)	11,944.75	4.00	11,944.75	9.99
Costo No ADEC (\$18,896)	18,896.92	6.33	18,896.92	15.80
Utilidad ADEC (70.40)	11,944.75	70.40	4,784.03	70.40
Utilidad No ADEC (45.26)	47,181.76	45.26	18,896.92	45.26
Costo de \$10,000	10,000	3.35	10,000	8.36
Utilidad de 80	238,895.00	80	95,680.61	80

*Pesos

°Unidades Ajustadas por calidad

Fuente: Cuestionario Costo – Utilidad en el servicio de Atención Domiciliaria del enfermo crónico ADEC, IMSS, delegación Querétaro, de septiembre –octubre de 2011

V. DISCUSIÓN

La importancia de la investigación que se presenta en este escrito radica en el actual contexto de la transición, epidemiológica, demográfica y de servicios de salud, situación que ha incrementado la población, las enfermedades crónicas y la modificación del manejo hospitalario al ambulatorio. (Hospédales, 2008; OMSS, 2010)

La gran mayoría de las evaluaciones económicas reportadas en la literatura corresponde al análisis costo efectividad, sin embargo el presente trabajo aborda el análisis costo utilidad el cual contempla la calidad de vida de la población, característica que le otorga otra dimensión a la evaluación. (Bermúdez E ,2008; OMS, 2010; Conapo, 2010)

El cuestionario aplicado (Eurocol5) tiene un abordaje más integral ya que evalúa la parte física y la psicológica del paciente, aunado a ello se abordan las dimensiones movilidad, dolor-malestar, ansiedad-depresión, cuidado personal y actividad habitual.

La percepción de la calidad de vida es superior en los pacientes no atendidos en el ADEC, en cuatro de las cinco dimensiones analizadas así se comporta, excepto en la dimensión dolor-malestar, situación no esperada originalmente, la propuesta planteaba la percepción superior en los pacientes de ADEC. La posible explicación puede ser el prolongado tiempo de convalecencia domiciliaria y la corta estancia intrahospitalaria de los pacientes con enfermedad neurológica, la forma de percibirse en un estado de la enfermedad puede diferir cuando se esta en un ambiente agradable y confortable en casa, cuando pasa el estado agudo de algún padecimiento.

El costo superior del No ADEC es lógico ya que el uso del servicio hospitalario se caracteriza por consumir gran cantidad de recursos, no obstante se deberá reconocer que para los pacientes del programa de ADEC el costo también existe pero este es absorbido por la familia con el aparente ahorro para la institución, pero incrementando los costos para a nivel familiar, además de los tiempos para el cuidador,

disminuyendo para institución días- cama, pago por enfermería, médico y medicamentos diarios (Constantino CP, 2002; Suriano de la Rosa B, 2003; Guerrero PC, 2001; Encuesta nacional de factores de riesgo referido el 26-11-10).

Se encuentra una diferencia significativa de acuerdo a los costos, coincidiendo, la evaluación de la autopercepción medida en la escala analógica es superior en el ADEC y en este mismo sentido se presenta el costo, de ahí que el análisis costo utilidad presente una mejor relación para los pacientes con ADEC.

No obstante cuando se emplea el cuestionario euroqol5 la utilidad es superior en los pacientes con NO ADEC en una diferencia tan marcada que se refleja en el análisis costo utilidad, presentando mejor relación para este grupo de pacientes. En consecuencia la recomendación contrario a lo esperado es a favor del programa de manejo hospitalario. Excepto en la dimensión dolor-malestar que se podría explicar por la mejoría que presenta el paciente en su domicilio y el hecho de mejorar sus ganancias primaria, el sentirse confortable en un medio ambiente conocido, no siendo así en el hospital.

Si hay diferencia con resultados ya que todas las dimensiones de la encuesta se ven mejoradas en NO ADEC, que la explicación podría ser por la resolución del evento agudo y el tiempo en que se realizó la encuesta fue de convalecencia y poco antes de ser dados de alta, por lo que la percepción y la forma de ver las esferas hubo una notable mejoría, no hay estudios con puntos de comparables para estas esferas (Euroqol 5d, 2010).

Se puede ver que el programa se hace necesario como una alternativa para el paciente en fase terminal y pacientes crónico, para mejorar calidad de vida, teniendo un entorno más favorable en domicilio, pero para atención y cuidados, las personas perciben que es mejor en hospital, hay una disminución en costos para hospital, pero una mejora significativa en calidad de vida en este medio, lo que nos da pie para realización de estudios costo – efectividad y costo utilidad en diferentes escenarios de

la enfermedad.

Se necesitan grupos de autoayuda para la creciente demanda de padecimientos crónicos en este caso de enfermedades neurológicas en el ADEC, siendo también el aumento en pacientes terminales por diferentes patologías y que vale la pena aumentar una calidad de vida en estos pacientes.

VI. CONCLUSIÓN

La mejor relación costo-utilidad se obtiene en el grupo No ADEC.

VII. PROPUESTA

De acuerdo a los resultados de la investigación la recomendación se orienta que los criterios de ingreso al programa ADEC sean menos limitados en el área de afluencia, como en criterios de ingreso.

De acuerdo a la evaluación costo utilidad tomando en cuenta los ingresos de pacientes ADEC y no ADEC se orienta a que este programa sea replanteado o sea analizado con otra alternativa de costos y hacer más productivo el programa.

VIII. LITERATURA CITADA

- Alegre L, Nualart L. 1995. Influencia de las variables sociodemográficas y de la salud en la valoración de los estados de salud del euroQol por pacientes crónicos. Comunicación presentada VI congreso de la SEPAS. Gaceta Sanitaria. 50: 68.
- Álvarez PAG, García FA, Bonet GM. 2007. Pautas conceptuales y metodológicas para explicar los determinantes de los niveles de salud en Cuba. Rev Cubana Salud Pública. 33(2):1-16.
- Badía X, Monserrat S, Roset R y cols. 1999. Feasy, validity and test-retest reliability of scaling methods for elath states: the visual analogue scale and the time trade-off. Qual Life Res.
- Badía X, Salamero M, Alonso J. 1999. La medida de Salud. Guía de escalas de medición en español. Libro la Medida de la Salud. 2da edición. Edit Edimac.Barcelona.137-44.
- Baly GA, Toledo ME, Rodríguez JF. 2001. La economía de la salud, la eficiencia y el costo de oportunidad. Rev Cubana Med Gen Integr. 17(4):395-8.
- Bermúdez E. 2008. Comunicado de evaluación del impacto de la atención del programa ADEC en adultos mayores de 60 años, Derechohabientes del IMSS. Comunicación Social del IMSS no. 98.Consejo Nacional de Población. <http://www.notisistema.com/noticias/?p=257002>. Consultado 1 de septiembre 2010.
- Constantino CP, Muñoz VM, Garduño EJ. 2002. Evaluación económica del programa atención domiciliaria a pacientes con enfermedades crónicas y terminales. En: Muñoz O, Duran L. Retos de la Seguridad Social en Salud en el Siglo XXI. Evaluación y Gestión Tecnológica. México DF; Instituto Mexicano del Seguro Social. <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/1BA3186D-C5F6-4F13-8AB9->

68C94D32A18C/0/RetosdelaseguridadsocialensaludenelsigloXXI0.pdf. consulta do 1 septiembre, 2010.113 -122.

Córdova-Villalobos JA, Barriguete-Meléndez JA, Lara-Esqueda A, Barquera S, Rosas-Peralta M, Hernández-Ávila M, De León-May ME, Aguilar-Salinas CA. 2008. Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. Salud Pública Mex. 50:419-427.

De Cunto CL. 2009. Se puede medir la calidad de vida relacionada con la salud. Jornada organizada por la Sección Psicología y Psiquiatría del Centro de Estudios Filosóficos Eugenio Pucciarelli realizada en la Academia Nacional de Ciencias de Buenos Airesel. Disponible en: <http://www.ciencias.org.ar/user/files/MedyCalVida09.pdf>.

Drummond MF, O'Brien BJ, Stoddart Greg L, Torrance GW. 2001. Métodos para la evaluación económica de los programas reasistencia sanitaria. Ediciones Díaz Santos SEA. Sevilla .10-12.

Encuesta nacional de factores de riesgo. Salud General y Calidad de Vida. http://municipios.msal.gov.ar/archivos/otrosdocumentos/encuesta_nacional_de_factores_de_riesgo/05.pdf. Consultado el día 26 Noviembre10.

Organización Mundial de la Salud. 2010. Enfermedades crónicas. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_8-sp.pdf. Consultado 1 septiembre 2010.

The EuroQol Group. Euroqol 5d. 2010. Información. Disponible en <http://www.euroqol.org/> . Consultado 27 de Noviembre 2010.

García-Viniegras VCR. 2009. Calidad de vida en enfermos crónicos. El día 25- 134.-

Garduño- Alanís A, Meneses – Calderón J, Diaz de León Ponce M, Briones- Garduño JC. Calidad de vida al egreso de una Unidad de Cuidados Intensivos. Disponible en: file:///C:/AppServ/www/iscmh/rhab/rhcm_vol_6num_4/rhcm02407.htm Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int. 23(3):119-124.

Guerrero PC. 2001. Calidad de vida en medicina: un problema por resolver. Boletín de la Sociedad Peruana de Medicina Interna;14(1).

Gómez-Acebo I. 2010. Evaluación sanitaria. Universidad de Cantabria. <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/medicina-preventiva-y-salud-publica/materiales-de-clase1/>. Consultado el día 25 de Noviembre de 2010.

Hospedales J, Eberwine D, Fano P, Luciani S, Pérez FE. Stephens. 2008. Noticiero mensual del programa de enfermedades crónicas de la OPS/OMS;2(3). <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/cronic-2008-2-3.pdf>. Consultado 1 septiembre 2010.

OMS. 2010. Las enfermedades crónicas a nivel mundial. http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/index.html. Consultado 1 septiembre 2010.

Lisboa BC. 1995. Investigación en costo-efectividad. Boletín Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.24:150-153.

Margolles M, Donate I. 2009. Calidad de vida. Encuesta de Salud para Asturias 2008. Dirección General de Salud Pública y Participación. http://www.asturias.es/Asturias/ARTICULOS/Temas/Salud/Encuestas%20de%20salud/Archivos/ESA%20IB_calidadvida_I.pdf. Consultado 28 Noviembre 2010.

Martínez L. 2010. Situación actual de UNISALUD. <http://www.monografias.com/trabajos20/atencion-domiciliaria/atencion-domiciliaria.shtml>. Consultado 20 septiembre 2010

Noeno-Ceamanos ML. 2008. Departamento de Salud y Consumo, por las que se establecen los flujos de derivación de los pacientes a los Hospitales de Convalecencia y para la intervención de los Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD). Gobierno de Aragón. <http://www.areas.org/Protocolos/Instrucciones%20Cronicos.pdf>. Consultado 1 octubre 2010.

Ospina-Aguirre JE. 2010. Atención domiciliaria. <http://www.areas.org/Protocolos/Instrucciones%20Cronicos.pdf>. Consultado 1 octubre de 2010.

Oxford. 2010. La Biblioteca Cochrane <http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%201107692&DocumentID=CD000313>. Consultado 1 octubre de 2010.

Quinteros JA, Barrera MF, Valderrama CS, Salech MF, Veas RE, Espinoza MS, et al. 2006. Evaluación crítica de artículo económico: Análisis Costo-utilidad de estrategias de profilaxis secundaria en hemorragia varicela. *Gastr Latinoam.* 17(1): 86-98

Rajimila L, Estragda MD, Herdmana M, Serra-Sutton JA. 2010. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la infancia y la adolescencia: revisión de la bibliografía y de los instrumentos adaptados en España. Disponible en: http://www.kidscreen.de/revision_gaceta_sanitaria.pdf. Consultado 27 octubre 2010.

Romeo-Cepero DV, Pérez-Pérez F, Robinsón Delgado A. 2007. Caracterización de los pacientes terminales y su atención domiciliaria por parte de un equipo básico de salud. Rev Cubana Med Gen Integr. 23(3).

Rodríguez-Ledezma MA, Vidal-Rodríguez C. 2007. Conceptos de economía de la salud para médicos. Rev Med Inst Mex Seguro Soc.45 (5): 523-532

Salazar-Estrada JG, Torres-López TM, Colunga-Rodríguez C, Ángel-González M. 2009. Calidad de vida, salud y trabajo. La relación con diabetes mellitus tipo 2. Respyn. 10(3). Disponible en: http://www.respyn.uanl.mx/x/3/articulos/cal_vida_diabmellitus.htm Consultado 26 octubre de 2010.

Shepperd S, Doll H, Broad J, Gladman J, Iliffe S, Langhorne P, Richards S, Martin F, Harris R. 2010. Hospital domiciliario para el alta temprana. Oxford. La Biblioteca Cochrane;(1). Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%201107692&DocumentID=CD000356>. Consultado el 1 septiembre de 2010.

Shepperd S, McClaran J, Phillips OCH, Lannin NA, Clemson LM, McCluskey A, Cameron ID, Barras SL. 2010. Planificación del alta del hospital al domicilio (Revision Cochrane traducida). En: Número. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.

Suriano de la Rosa B. 2003. Análisis de costos del programa de atención domiciliaria en el paciente crónico (ADEC). Rev Enferm IMSS. 11 (2): 71-76.

Velarde-Jurado E, Avila-Figueroa C. 2002. Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. Salud Pública de México.44(5).

Vinaccia SS, Orozco LM. 2005. Aspectos psicosociales con la calidad de personas con enfermedades cónicas. DIVERSITAS.1(2).

IX. ANEXOS.

Anexo 1



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SEGURIDAD Y SEGURIDAD SOCIAL

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Lugar y fecha _____

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:

COSTO UTILIDAD del SERVICIO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DEL ENFERMO CRÓNICO (ADEC)

Registrado ante el Comité Local de Investigación a la CNIC con el número: R-2011-2201-37

El objetivo del estudio es:

Determinar el costo utilidad en el servicio de atención domiciliaria del enfermo crónico (ADEC).

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: autorizar la revisión de expedientes de pacientes y realizar una entrevista al paciente.

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para el manejo de las pacientes, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirar la autorización de la revisión de expedientes electrónicos para llevar a cabo el estudio en cualquier momento en que considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica otorgada a los pacientes de control de niño sano en el Instituto.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que los datos relacionados con la privacidad de las pacientes serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y Firma del Director de la UMF

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio: _____

Testigos

Dra. Verónica Campos Hernández

Dr. Enrique Villarreal Río



**DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN QUERÉTARO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y EN SERVICIOS DE SALUD
"Costo- utilidad del servicio de ADEC"**

Folio:

Nombre: _____

Características sociodemográficas					
1. Edad _____ años	2. Sexo (1) Hombre (2) Mujer	3. Estado civil (1) Soltero(a) (2) Casado (a) (3) Unión libre (4) Viudo(a) (5) Divorciado(a)	4. Escolaridad (1) Sin escolaridad (2) Primaria (3) Secundaria (4) Técnica (5) Preparatoria (6) Profesional	5. Actividad (1) Labores de la casa (2) Obrero (3) Comerciante (4) Jubilado/pensionado (5) Empleado (6) Profesionista	
Características del cuidador principal					
6. Edad _____ años	8. Estado civil (1) Soltero(a) (2) Casado (a) (3) Unión libre (4) Viudo(a) (5) Divorciado(a)	9. Escolaridad (1) Sin escolaridad (2) Primaria (3) Secundaria (4) Técnica (5) Preparatoria (6) Profesional	10. Ingreso mensual del proveedor o del cuidador \$ _____	11. Total de días al mes que lleva cuidando a su paciente _____	12. Total de horas al día que el cuidador principal dedica al cuidado de su paciente _____
7. Sexo (1) Hombre (2) Mujer					
Características de salud					

<p>13. Enfermedad con más de 6 meses y diagnosticada médicamente:</p> <p>() Diabetes () Hipertensión () Osteoartrosis () Oncológicas () Neurológicas () Cardiovasculares</p>	<p>14. Tiempo transcurrido entre el diagnóstico médico a la fecha:</p> <p>_____ (años)</p>	<p>15. Enfermedad diagnosticada médicamente que amerita su ingreso al ADEC:</p> <p>(1) Complicaciones de la Diabetes (2) Complicaciones de la Hipertensión (3) Oncológicas (4) Complicaciones Neurológicas (5) Complicaciones Cardiovasculares (6) Complicaciones Osteoartrosis</p>	<p>16. Grupo:</p> <p>(1) ADEC (2) No ADEC</p> <hr/> <p>17. Fecha de envío del especialista</p> <p>_____ (día/mes/año)</p> <hr/> <p>18. Tiempo de ingreso al ADEC</p> <p>_____ (meses)</p>
---	--	--	--

Calidad de vida

<p>19. Movilidad:</p> <p>(1) No tengo problemas para caminar (2) Tengo unos problemas para caminar (3) Tengo que estar en cama.</p>	<p>20. Cuidado personal:</p> <p>(1) No tengo problemas con el cuidado personal (2) Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme (3) Soy incapaz de lavarme o vestirme.</p>	<p>21. Actividades cotidianas. (ejem trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas):</p> <p>(1) No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas (2) Tengo algunos problemas para realizar actividades cotidianas (3) Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas</p>
---	---	---

<p>22. Dolor / Malestar:</p> <p>(1) No tengo dolor o Malestar. (2) Tengo moderado dolor o malestar. (3) Tengo mucho dolor o malestar.</p>	<p>23. Ansiedad / Depresión:</p> <p>(1) No estoy ansioso ni deprimido. (2) Estoy moderadamente ansioso o deprimido. (3) Estoy muy ansioso o deprimido.</p>	<p>24. Comparado con mi estado general de salud durante los últimos 12 meses, mi estado de salud hoy es (por favor marque 1 cuadro)</p> <p align="center"> <u>Mejor</u> <u>Igual</u> <u>Peor</u> (1) (2) (3) </p>
---	--	--

25. Hoy como se siente:

0 -----50----- 100
peor estado de salud -----> *mejor estado de salud*

Costos

26. Número de consultas otorgadas en un mes:

Médico Familiar _____

Enfermería _____

Clínica del dolor _____

Trabajo Social _____

Hospital (total de reingresos)

Hospital (total días/cama)

Rx (_____)

Gabinete (_____)

27. Farmacia:

Total _____

28. Laboratorio:

Total _____

QS _____

EGO _____

BHC _____

Especiales _____