



CARTAS CIENTÍFICAS

Implicaciones económicas de la pandemia por COVID-19 en el entorno rural

Economic implications of the COVID-19 pandemic in the rural environment

Francisco Javier Rodríguez del Río^{a,*}, Christian Gortázar Smidh^b,
Rosario Pérez Morote^c y Carolina Pontones Rosa^c

^a Médico de Familia en los consultorios de El Torno, Pueblonuevo del Bullaque y El Trincheto, Ciudad Real, España

^b SaBio, Instituto de Investigación en Recursos Cinegéticos, IREC (UCLM-CSIC), Ciudad Real, España

^c Research Group GISEIO Sistemas de Información Externa e Interna de las Organizaciones: Información Corporativa y para la Gestión, Business Administration and Management Department, University of Castilla-La Mancha, Albacete, España

Disponible en Internet el 5 de diciembre de 2023

La pandemia por COVID-19 ha tenido un gran impacto a nivel mundial en la salud poblacional y en la economía personal y global, valorando tanto los costes tangibles como intangibles¹. Nuestro objetivo ha sido analizar el coste sanitario de las intervenciones realizadas en la atención y curación del paciente COVID-19 grave en Atención Primaria y estimar la repercusión clínica y económica desde el primer nivel asistencial en comparación con su abordaje a nivel hospitalario.

Partiendo de los resultados de la última «estadística del gasto sanitario público en 2020 del Ministerio de Sanidad»², Atención Primaria ha atendido el 95% de la enfermedad COVID-19 con un 14,3% del total del gasto sanitario, frente al 61,9% de los servicios hospitalarios³. En nuestro diseño estimamos el coste ajustado al tiempo medio de asistencia, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del paciente y el tiempo empleado aproximadamente en cada una de ellas. Se recopilaron las consultas atendidas presencialmente en

el consultorio durante un periodo de 2,5 años, con una media de 35 pacientes atendidos al día. Como la asistencia es ambulatoria se desestimaron costes relacionados con estancia.

El sitio de nuestro estudio fue el pueblo de Horcajo de los Montes (833 habitantes), provincia de Ciudad Real, Castilla-La Mancha. La recogida de datos se realizó en una base completamente confidencial y anónima, acompañada de un documento informativo del estudio, y se obtuvo el consentimiento informado por escrito de los participantes de forma voluntaria. Los datos han sido tratados de conformidad con la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica, la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, y con el Reglamento General de Protección de Datos de la Unión Europea 2016/679. El estudio realizado siguió los estándares marcados por la Declaración de Helsinki, cumpliendo con cada uno de sus principios básicos. Se recogieron 351 pacientes COVID-19 desde el 23 de febrero de 2020 hasta el 25 de julio de 2022.

En nuestras intervenciones se recopilaron 41 pacientes con clínica grave, de los cuales 16 fueron resueltos en exclusividad desde Atención Primaria.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fjrodriguez@sescam.jccm.es
(F.J. Rodríguez del Río).



Tabla 1 Imputación de los consumos de coste resultantes de la atención del paciente COVID-19

Concepto de coste	Coste medio estimado por paciente al día (euros)			
	Valoración presencial paciente (3 min)	Diagnóstico (5 min)	Tratamiento y seguimiento (4 min)	Valoración + diagnóstico + tratamiento + seguimiento
Personal (A, E, L, M)	2	3,34	2,67	8,01
Material desechable	0,13	0,21	0,17	0,51
EPI reutilizado 72 h	0,06	0,11	0,09	0,26
Productos limpieza	0,09	0,16	0,13	0,38
Test diagnósticos		1,58		1,58
Medicación			0,71	0,71
Telefonía	0,14		0,18	0,32
Baja laboral			42,86	42,86
				54,63

Fuente: Elaboración propia a partir de INGESA.

Coste medio del personal del consultorio por día: 279,86€; 35 pacientes atendidos presencialmente al día (8,01€, por paciente y día). Tiempo medio de asistencia aproximado de 3 min en anamnesis, 5 min en valoración diagnóstica y 4 en tratamiento/seguimiento. El coste medio del material desechable o de un único uso (guantes, depresor lingual y mascarillas desechables) por paciente: 0,51€. Equipos de protección individual (26,08€) reutilizados durante 72 h, coste por paciente: 0,26€. Test diagnósticos (PCR y test de antígenos), coste medio por paciente: 45,47€; ajustado a una duración sintomática media de 28,8 días (1,58€ por día). Coste medio del tratamiento por cada paciente: 20€; ajustado a duración media sintomática (0,71€ al día). Coste de incapacidad laboral según renta per cápita media: 42,68€. La aproximación al coste medio por paciente y día en Atención Primaria fue de 54,63€.

A: administrativo; E: enfermero; EPI: equipo de protección individual; L: personal de limpieza; M: médico.

En relación con las mediciones principales (tabla 1), se utilizaron las retribuciones diarias brutas del personal sanitario y no sanitario del consultorio según datos publicados en INGESA⁴, el coste medio de baja laboral según la renta media de la población, los costes de facturación de la teleconsulta publicados por el SESCOAM, el coste de los equipos de protección individual, el coste del material diagnóstico, de limpieza y desinfección. Para estimar el coste de los tratamientos utilizados, como la renta media bruta de la población es de 17.497€ (<https://www.foro-ciudad.com/ciudad-real/horcajo-de-los-montes/habitantes.html#EstadisticaRFP>; último acceso 20/02/2023), se ha considerado el coste exceptuando la aportación pagada por el paciente, que es el 40% según la renta media, obteniendo un coste medio para el sistema sanitario de 20€: inhaladores, mucolíticos o antihistamínicos (8,35€), antibiótico (3,41€), corticoides (8,24€)⁵.

Los resultados mostraron un coste estimado medio por cada paciente COVID-19 de 54,63€ al día (incluyendo la baja laboral), frente al coste de 529,29€ por paciente y día en el paciente hospitalizado en planta y de 1.261,77€ por paciente y día en la hospitalización en UCI, lo que supone un ahorro mínimo de 474,66€ por paciente al día.

Nuestras conclusiones justifican que la potenciación y fortalecimiento del primer nivel asistencial hubiera sido la clave para frenar el colapso hospitalario, no habría desbordado el gasto sanitario y probablemente hubiese permitido una gestión de la pandemia diferente⁶.

Consideraciones éticas

La recogida de datos se realizó en una base completamente anónima y estuvo acompañada de un documento informativo

del estudio, y se obtuvo el consentimiento informado por escrito de todos los participantes. Los sujetos participaron voluntariamente y sus datos se mantuvieron siempre confidenciales y anónimos. Todos los participantes incluidos en el estudio estuvieron de acuerdo en el uso y publicación de esta información anónima. No se requirió aprobación ética, ya que este estudio se basó en las respuestas a un cuestionario con protección de la privacidad. Los datos obtenidos de la investigación han sido tratados de conformidad con la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica, la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, y con el Reglamento general de protección de datos de la Unión Europea 2016/679, vigente en España desde el 25 de mayo de 2018. El estudio realizado siguió los estándares marcados por la Declaración de Helsinki, cumpliendo con cada uno de sus principios básicos.

Financiación

Este trabajo no ha percibido ninguna fuente de financiación externa.

Conflicto de intereses

Los autores no tienen potenciales conflictos de intereses que declarar.

Bibliografía

- Gortázar C, de la Fuente J. COVID-19 is likely to impact animal health. *Prev Vet Med.* 2020;180:105030, <http://dx.doi.org/10.1016/j.prevetmed.2020.105030>.

2. Rodríguez Blas MC. Estadística de Gasto Sanitario Público 2020. Principales resultados. 2022 [consultado 5 Mar 2023]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>
3. Matas V. Hacia la suficiencia financiera de la AP. La Atención Primaria de Salud (AP) en España en 2025, 3.^a ed. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos; 2022. p. 33–46.
4. Jiménez Palacios AM. Resolución de la dirección del INGESA por la que se dictan instrucciones para la elaboración de las nóminas del personal que presta servicios en sus instituciones sanitarias en el año 2021. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021 [consultado 2 Jul 2023]. Disponible en: <https://ingesa.sanidad.gob.es/rrhh/docs/Nominas20211semestr.pdf>
5. Documento Informativo Sobre La Financiación y Fijación de Precio de Los Medicamentos En España.; Madrid: Dirección General de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia; 2022 [consultado 2 Jul 2023]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/farmacia/pdf/20220526.Doc_Infor_Financiacion_Med_Esp.pdf
6. Sanmartín E. Incrementar la capacidad resolutive de la AP. La Atención Primaria de Salud (AP) en España en 2025, 3.^a ed. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos; 2022. p. 97–105.