

Evaluación de la Estrategia Navarra de Atención Integrada a Pacientes Pluripatológicos

Autores: Ibarrola Guillén C*; Librero López Julián**; González López-Valcárcel B***; Larrea Andreu JA*; Celorrio Astiz JJ*; Escriche Erviti L*; Fernández Navascués A*

* Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea; ** Navarrabiomed; ***Universidad Las Palmas de Gran Canaria

Entre octubre de 2014 y septiembre de 2015, 5 Zonas Básicas pilotaron un modelo de atención integrada a pacientes pluripatológicos (pacientes con al menos 3 de las siguientes patologías: EPOC, asma, demencia, insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, cirrosis, insuficiencia renal) entre Atención Primaria, enfermería de enlace y especialista de referencia hospitalarios. El objetivo principal es analizar los costes de la intervención y compararlos con grupo control. La intervención pretende evitar hospitalizaciones y atenciones en urgencias, mediante gestión de casos y atención precoz de descompensaciones en hospital de día o gestión directa de hospitalización sin paso previo por el servicio de urgencias.

Método

Propensity score matching con 3 controles por caso basados en edad, sexo, grupo de morbilidad ajustado (GMA), morbilidad crónica, hospitalizaciones urgentes, visitas, medicación, grado dependencia y tramo de copago.

Análisis de costes bajo perspectiva del sistema sanitario. Se utilizó un programa de contabilidad analítica (GESOT®) que incluye coste por paciente medio total y desglosado por los siguientes vectores: consultas; hospital de día, hospitalizaciones urgentes, atención domiciliaria; urgencias; UCI; farmacia; laboratorio; pruebas; Resto-excluidas prótesis y actividad quirúrgica- (se excluyó entendiendo que dicho coste no se veía afectado por la intervención).

Estimamos el coste de evitar un ingreso urgente con los nuevos dispositivos organizativos de la estrategia.

Resultados

556 casos, 1616 controles. Tasa de mortalidad al año postreclutamiento 17.5% personas-año –pa- en ambos grupos . Incremento postintervención en atención domiciliaria (Primaria, 9 a 12% pa, Especializada 9 a 21% pa) y en hospital de día (1 a 6% pa) en casos. Descenso significativo en urgencias (2 a 1.6% pa) y

hospitalizaciones urgentes (de 64 a 59% pa) en casos, incremento en controles (62 a 71% pa).

Aumenta el coste por paciente medio (CPM) en casos de 4699€ a 5195€ (10.6%), frente a 8.5% en controles (de 4643€ a 5037€).

En el análisis por sexos, en hombres, el CPM en casos es de 5.515€ en el PRE frente a 5.918€ en el POST, que supone un incremento de un 7,3%. En controles, el CMP es de 4.806€ en el PRE frente a 5.425€ en el POST, que supone un incremento de un 12,9%. El diferencial a favor del grupo intervención es de un 5,6%. En mujeres, el CPM en casos es de 3.949€ en el PRE frente a 4.799€ en el POST, que supone un incremento de un 21,5%. En controles, el CMP es de 4.487€ en el PRE frente a 4.843€ en el POST, que supone un incremento de un 7,9%. En el caso de las mujeres, la diferencia es de un 13,6%, siendo en este caso menos eficiente la intervención que la practica habitual. No obstante, el CPM en el PRE no es similar en casos y controles al realizar el análisis por sexos, lo que limita las conclusiones dicho análisis.

Comparando costes atribuibles al programa (incrementos en hospitalización de día y hospitalización domiciliaria), evitar una hospitalización urgente costó 1847€.

Conclusiones

El programa consigue mantener a pacientes pluripatológicos en domicilio reduciendo las hospitalizaciones urgentes aunque incrementa el coste total un 2,1% frente a controles.

Se precisan más estudios para valorar si hay diferencias en la eficiencia del programa por género y sus posibles causas.