

Original

Actividad asistencial y costes en los últimos 3 meses de vida de pacientes fallecidos con cáncer en Euskadi

Roberto Nuño-Solinís^a, Emilio Herrera Molina^b, Silvia Librada Flores^{b,*}, Juan F. Orueta Mendía^c y Andrés Cabrera-León^{d,e}

^a Deusto Business School Health, Universidad de Deusto, Bilbao, España

^b New Health Foundation, Sevilla, España

^c Osakidetza, Servicio Vasco de Salud, Bilbao, España

^d CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España

^e Escuela Andaluza de Salud Pública, Instituto de Investigación Biosanitaria. IBS, Hospital Universitario de Granada, Universidad de Granada, Granada, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 22 de enero de 2016

Aceptado el 14 de junio de 2016

On-line el xxx

Palabras clave:

Cuidados paliativos

Análisis de coste

Cáncer

Salud pública

R E S U M E N

Objetivo: Analizar el consumo de recursos sanitarios y su coste en los últimos meses de vida de la población fallecida por neoplasia maligna en la Comunidad Autónoma del País Vasco.

Método: Estudio retrospectivo observacional sobre una población con diagnóstico de neoplasia maligna fallecida en el País Vasco (2010 y 2011). Fuente de datos: Conjunto Mínimo Básico de Datos y Registro de Mortalidad. Variables: sexo, edad, lugar de defunción, localización del tumor, actividad asistencial y costes en los últimos 3 meses de vida. Análisis descriptivo de la actividad asistencial y costes. Regresiones lineales multivariadas para obtener los costes medios ajustados según sexo, edad y lugar de defunción.

Resultados: Se identificaron 9333 fallecidos/as por neoplasia maligna durante 2010 y 2011. El 65,4% eran hombres, el 61,5% tenían 70 o más años de edad, la edad media era de 72,9 años y el 71,1% falleció en el hospital. Las personas fallecidas en el hospital tuvieron un coste medio de casi el doble con respecto a las fallecidas en el domicilio (14.794 € y 7.491 €, respectivamente; $p < 0,001$), y un 31,3% superior al de la residencia (11.269 €; $p < 0,001$).

Conclusiones: Es necesaria una mayor capacidad de intervención al final de la vida en el nivel comunitario, reforzando la capacidad de atención desde la atención primaria, tanto desde su capacitación como desde el soporte de equipos expertos con el fin de cambiar el perfil actual de atención hacia una mayor atención extrahospitalaria que permita un menor consumo de recursos y una mayor atención en el domicilio.

© 2016 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Care costs and activity in the last three months of life of cancer patients who died in the Basque Country (Spain)

A B S T R A C T

Objective: To analyse the use of health resources and its budget in the last months of life of the population who died from malignant neoplasm in the Basque Autonomous Country (Spain).

Method: Retrospective observational study of a population with a diagnosis of malignancy deceased in the Basque Country (2010 and 2011). Data source: MDS and Mortality Register. Variables: gender, age, place of death, tumour location, clinical activity data and costs in the last three months of life. We performed a descriptive analysis of clinical activity and costs, and lineal multivariate regressions to obtain the adjusted mean costs by gender, age and place of death.

Results: 9,333 deaths from malignancy were identified in 2010 and 2011. 65.4% were men, 61.5% aged 70 or over, mean age 72.9 years, 71.1% died in hospital. People who died in the hospital had an average cost of about double that of the people who died at home (€14,794 and €7,491, respectively; $p < 0.001$) and 31.3% higher than in the nursing home (€11,269; $p < 0.001$).

Conclusions: Greater interventions at the end of life at the community level are necessary, strengthening the care capacity of primary health care, both from training and support from expert teams in order to change the current care profile to a more outpatient care that allows a lower consumption of resources and greater care at home.

© 2016 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Keywords:

Palliative care

Cost analysis

Neoplasms

Public health

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: silvia.librada@newhealthfoundation.org (S. Librada Flores).

Introducción

Los cuidados paliativos tratan los aspectos físicos, sociales, psicológicos, emocionales y espirituales de las personas al final de la vida, y de sus cuidadores¹. En el último año de vida, una persona genera un gasto mucho mayor que en el resto de su existencia^{2,3}. Durante los últimos 6 meses se genera casi el 40% del total del gasto sanitario que una persona consume a lo largo de toda su vida^{4,5}. Los costes sociales se incrementan en el último año de vida y los costes sanitarios lo hacen de forma significativa en los últimos 3 meses, debido al aumento del número de ingresos no planificados en las últimas semanas de vida⁶.

Por otro lado, numerosos estudios indican una mayor preferencia por morir en el lugar habitual de residencia antes que en el hospital^{7,8}. En una encuesta realizada en siete países europeos, incluido España, dos tercios de los encuestados preferirían morir en casa si tuviesen una enfermedad grave, como cáncer⁹. Sin embargo, los datos muestran que son más los pacientes que fallecen en el hospital^{10,11}.

Reino Unido prevé que el número anual de muertes aumentará en un 16,5% entre 2012 y 2030¹². El gasto sanitario en el hospital, si continúa el actual patrón de lugar de defunción, es una amenaza para la sostenibilidad del sistema sanitario. Por tanto, es necesario desarrollar modelos de atención al final de la vida que ofrezcan alternativas apropiadas al hospital cuando el nivel de necesidad lo permita, y que respondan a los deseos de las personas al final de la vida, a la vez que sean menos costosos para el sistema⁶. Existe evidencia de que un mayor gasto sanitario al final de la vida no se traduce necesariamente en una mejor atención sanitaria; al contrario, en algunos casos se traduce en una peor calidad de vida y mayor sufrimiento para los pacientes y para sus cuidadores^{13,14}.

La primera medida para la evaluación, la sensibilización y la toma de conciencia de la dimensión del problema es la evaluación directa de los costes sanitarios que supone la atención en los últimos meses de vida. En este sentido, en el contexto internacional están siendo utilizados nuevos modelos que colaboran en poner el foco en lo que ya es una evidencia constatada¹⁵. Por ello resulta necesario realizar investigaciones en cada territorio y organización para dimensionar adecuadamente el problema y tomar decisiones en cuanto al modelo de atención a implementar.

Este estudio contribuye a esta línea de conocimiento y pretende cuantificar la atención sanitaria y su coste en los últimos meses de vida de la población fallecida por neoplasia maligna en la Comunidad Autónoma del País Vasco en un periodo de 2 años. Así mismo, se comparan dichos valores en función del tipo de atención, del lugar del fallecimiento y de las características demográficas de la población atendida.

Método

Contexto

El País Vasco tiene una población de 2.191.682 habitantes, que disponen de servicio sanitario público y reciben atención en el final de la vida desde diversos recursos especializados en cuidados paliativos ubicados tanto en el nivel asistencial de atención primaria como en los servicios de atención especializada y hospitalaria.

Diseño y población de estudio

Estudio retrospectivo observacional sobre una población de personas con diagnóstico de neoplasia maligna fallecidas en el País Vasco durante 2010 y 2011. Con el fin de garantizar la confidencialidad de sus datos, el Registro de Mortalidad del País Vasco no proporciona información individualizada que permita identificar

a las personas fallecidas. Por este motivo se recurrió a las bases administrativas de datos del Servicio Vasco de Salud. Se consideró la población que entre 2002 y 2011 tuvieron, en el Conjunto Mínimo Básico de Datos de altas hospitalarias, diagnósticos relativos a neoplasias malignas primarias o secundarias, código de morfología tumoral maligna o admisión para terapia antitumoral. Los diagnósticos procedentes de asistencia ambulatoria o atención primaria no se tuvieron en cuenta (con frecuencia incluyen sospechas de neoplasias no confirmadas o errores de codificación). Se cruzó la población con neoplasia maligna con el Registro de Mortalidad 2010-2011 para confirmar la causa, la fecha y el lugar de la defunción. Así pues, la población de estudio estuvo formada por 9333 personas con diagnóstico de neoplasia maligna, con fecha de fallecimiento 2010 o 2011, y con causa de defunción de neoplasia maligna. En esa muestra se identificaron casos con la categoría de «desconocido» en el lugar de la defunción y de «no utilización de servicios sanitarios públicos» que hemos considerado para los análisis descriptivos, prescindiendo de ellos en los análisis multivariados debido a su bajo tamaño muestral (1,7% y 1,0%, respectivamente) que impide ofrecer resultados concluyentes (fig. 1).

Variables

Como fuente de información se utilizó la base de datos del Programa de Estratificación del País Vasco¹⁶.

Como variables independientes se consideraron el sexo, la edad (<29 años, 30-49, 50-69 y >70 años), el lugar de defunción (domicilio, hospital o residencia) y el diagnóstico (mediante codificación CIE-10). Se recogió la actividad asistencial en los últimos 3 meses de vida considerando los días de ingreso hospitalario, el número de consultas externas de especializada, el número de urgencias hospitalarias, el número de consultas de atención primaria y el número de visitas urgentes atendidas en los puntos de atención continuada. Por último, como variable dependiente se consideraron los costes (en euros) asociados a la actividad asistencial del Servicio Vasco de Salud, calculados según los costes estandarizados de Osakidetza de acuerdo con el tipo de servicio sanitario, incluyendo utilización hospitalaria, urgencias y atención primaria.

Análisis

Se llevó a cabo un análisis descriptivo univariado y bivariado de la actividad asistencial y sus costes según sexo, edad, lugar de defunción y tipo de servicio sanitario. Las pruebas estadísticas fueron t de Student (o U de Mann-Whitney para no normalidad Kolmogorov-Smirnov), F-Snedecor (o Welch para heterocedasticidad Levene), comparaciones múltiples Sidak (o C de Dunnett para heterocedasticidad), ji al cuadrado y residuos tipificados estandarizados.

Con respecto a los análisis multivariados, se ajustó un modelo lineal general con el fin de analizar los efectos conjuntos y de interacción de las variables independientes sexo, edad agrupada, lugar de fallecimiento y diagnóstico sobre la variable dependiente costes de la actividad asistencial. A partir del modelo final se obtuvieron los costes sanitarios medios ajustados (medias marginales) y sus intervalos de confianza del 95% (IC95%) para cada variable independiente y las interacciones. Para analizar los efectos de las categorías de las variables independientes se realizaron contrastes (simples) de hipótesis y comparaciones múltiples ajustadas por Bonferroni. En el modelo final se introdujeron aquellas interacciones de primer y segundo orden que obtuvieron significación estadística, fijada en 0,05. El *software* utilizado fue SPSS, R y Excel.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/7510983>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/7510983>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)