

**POLICLÍNICO DOCENTE  
“JOSÉ R. LEÓN ACOSTA”  
SANTA CLARA, VILLA CLARA**

**BENEFICIO Y UTILIDAD DE LOS COSTOS DEL TRATAMIENTO PALIATIVO  
DEL CÁNCER EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.**

Por:

Lic. Irene E. Pérez Morales<sup>1</sup>, Lic. María Caridad Acebo Ponce<sup>2</sup>, Dr. Jorge Clemente Pérez Morales<sup>3</sup>, Dra. Ana de la Torre Santos<sup>4</sup>, M.Sc. Raquel Fernández Martín<sup>5</sup> y Dr. José Brito Morales<sup>6</sup>

1. Licenciada en Enfermería.
2. Licenciada en Contabilidad y Finanzas.
3. Especialista de I Grado en Medicina Interna.
4. Especialista de I Grado en Oncología.
5. Master en Contabilidad y Finanzas. Asistente. Universidad Central de Las Villas.
6. Especialista de I Grado en Medicina General Integral.

**Resumen**

Se realizó una investigación de corte transversal, experimental, del beneficio y utilidad de los costos del tratamiento paliativo para el cáncer en la atención primaria de salud, en el Policlínico Docente “José Ramón León Acosta”, con el objetivo de evaluar las ventajas económicas y sociales que representa este tipo de tratamiento en la comunidad; en ello se reflejan, además, diferencias con respecto a la atención secundaria en el año 2000. Para hacer una comparación de los costos, tanto directos como indirectos, se estudiaron dos grupos de 32 pacientes cada uno en estadio terminal: un grupo ingresado en el domicilio y otro atendido en el Hospital Universitario “Celestino Hernández Robau” de esta ciudad. Se utilizaron dos técnicas de evaluación económica: análisis costo-beneficio y costo-utilidad, y se obtuvieron como resultados un ahorro económico para el sistema nacional de salud, una disminución del riesgo patológico, un ambiente más adecuado y mejores cuidados a estos pacientes en estadio terminal, lo cual fue demostrado por el grado de satisfacción del paciente, la familia y la comunidad.

**Descriptores DeCS:**

ANÁLISIS DE COSTO-BENEFICIO  
ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD  
NEOPLASMAS/terapia

**Subject headings:**

COST BENEFIT ANALYSIS  
PRIMARY HEALTH CARE  
NEOPLASMS/therapy

**Introducción**

Los recursos en salud son generalmente escasos en el mundo, y aun en países con alto desarrollo no es posible generalizar su uso en toda la población; por tal motivo, se hace necesario orientar al personal de las instituciones de salud la necesidad de hacer un empleo racional de lo que se dispone, y por eso resulta imprescindible que el que lo vaya a usar, lo conozca. Queda por tanto justificada la idea de desarrollar conciencia económica en los técnicos de la salud.

El cuidado del paciente con cáncer en estadio terminal pone a prueba los recursos de salud que se ofrecen en el hospital y fuera de él, en la comunidad<sup>1</sup>.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha identificado uno de los problemas actuales que dificulta el tratamiento de estos pacientes: el desconocimiento de los propios profesionales de la salud acerca de que el dolor puede ser aliviado, y la falta de adecuado entrenamiento para este tipo de atención. Desde hace algunos años se ha promovido el moderno enfoque de los cuidados paliativos, donde el criterio del éxito no se mide por la intensificación del tratamiento terapéutico para evitar la muerte, sino por concebirla como un final inevitable que deberá enfrentarse con el menor sufrimiento posible. Este enfoque, esencialmente multidisciplinario, se define como el cuidado activo y total al paciente, cuyas enfermedades no responden al tratamiento curativo. Sus objetivos son el control del dolor y otros síntomas, el apoyo psicológico y la preservación de la dignidad y de la autonomía del enfermo; su propósito esencial: disminuir el sufrimiento y preservar la mayor calidad de vida posible.

En Cuba, a pesar de los avances en prevención, diagnóstico temprano y tratamiento oportuno, mueren anualmente de 14 000 a 16 000 enfermos de cáncer que necesitan atención paliativa; esta entidad es considerada la segunda causa de muerte en el país y a escala mundial, después de las enfermedades cardiovasculares. Por otra parte, el país cuenta con suficientes recursos humanos para brindar progresivamente estos cuidados, y se dispone de un modelo de atención primaria que constituye toda una infraestructura para el desarrollo de estos programas en la comunidad y durante el internamiento transitorio en los hospitales<sup>2-5</sup>.

La medicina paliativa no está naciendo hoy. Se puede decir que está renaciendo después de un paréntesis histórico en que fue olvidada. Este período histórico coincide, precisamente, con el desarrollo de los otros dos aspectos de la medicina: preventivo y curativo.

Estos tres aspectos de la medicina no se contraponen en absoluto entre sí, sino que se complementan. Obviamente los primeros esfuerzos deben ir dirigidos a prevenir enfermedades. Cuando la enfermedad se produce, habrá que intentar curarla, y cuando esto no se consigue, habrá que intentar aliviar o paliar la situación.

La primera iniciativa de cuidados paliativos de la época moderna fue la de los hospicios británicos; iniciada en el St Christopher's Hospices, en 1967, y se expandió rápidamente en Gran Bretaña. Los hospicios nacieron de la iniciativa y de la financiación social, como resultado de las dificultades del National Health Services para atender a los enfermos en fase terminal.

En Cuba, el Programa Nacional de Atención al Dolor y Cuidados Paliativos a estos pacientes se inicia en un protocolo en 1995, aproximadamente. En Villa Clara este programa se presenta a principios del año 1997, y ya para diciembre de este mismo año se crean los primeros grupos en el municipio de Ranchuelo. En el área del Policlínico "José Ramón León Acosta" este programa se inició en septiembre de 1999, donde se realizó la presente investigación<sup>6-9</sup>.

Este trabajo tiene como esencia el análisis comparativo de los costos directos e indirectos en que se incurre, tanto en el ingreso domiciliario como hospitalario, mediante la aplicación de un análisis costo-beneficio, con el objetivo de obtener un ahorro económico para el sistema nacional de salud. Además, se hace un estudio de costo-utilidad para determinar el bienestar subjetivo y la calidad de vida para el paciente con cáncer que requiere de cuidados paliativos, y sus familiares.

## **Métodos**

Se realiza un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal. Insertado en el programa epidemiológico de enfermedades crónicas no transmisibles, para evaluar las ventajas económicas que muestra el tratamiento paliativo en la comunidad, en el Policlínico Docente "José Ramón León Acosta" durante el año 2000.

Utilizamos el principio de autonomía (bioética médica), el cual consiste en recoger el consentimiento informado del paciente y su familia acerca de su preferencia por el ingreso domiciliario y la atención del grupo que aplica tratamiento paliativo. Además, el principio de beneficencia, ya que el lugar fundamental del tratamiento será el propio hogar del paciente. Aquí se ejecutarán los procedimientos necesarios para garantizar un máximo alivio de los síntomas, suministrar confort y apoyo emocional. La llegada de la muerte en el hogar le permitirá al paciente y a sus allegados contar con un ambiente más adecuado y mejores cuidados, lo que contribuirá a preservar su calidad de vida.

Se aplican también los principios de la ética médica, pues el paciente conserva su personalidad y se protege de agentes externos.

De un universo de 109 pacientes diagnosticados con cáncer en fase terminal se toma una muestra de 64 (32 ingresados en el Hospital Clínico-Quirúrgico "Celestino Hernández" y 32 ingresados en el domicilio); para ello se utilizó la siguiente fórmula estadística, correspondiente al muestreo irrestricto aleatorio para datos cualitativos con <sup>-2</sup> desconocida:

$$n = \frac{\left[ \frac{Z_{1-(\alpha/2)}}{d} \right]^2 * P * (1 - P)}{1 + \frac{1}{N} * \left[ \frac{Z_{1-(\alpha/2)}}{d} \right]^2 * P * (1 - P) - \frac{1}{N}}$$

Donde:

1 -  $\alpha$ : nivel de confianza

P: proporción de la población.

d: probabilidad de error.

Z: percentil de la distribución normal.

Se estimaron parámetros: P = 0,8; d = 0,11; N = 109;  $\alpha$  = 0,05 y se obtuvo el siguiente resultado, que se empleará como tamaño de muestra:

$$n = 64,12 \approx 64 \text{ historias clínicas a revisar.}$$

Para la obtención de la información acerca de los pacientes, se revisaron las historias clínicas, mientras que los datos referentes a los costos fueron suministrados por el Departamento de Contabilidad.

En la revisión de la documentación de las historias clínicas, se obtuvieron todos los datos referentes al consumo de medicamentos y alimentos.

Para determinar los costos día/paciente en las diferentes alternativas<sup>10</sup>, se procedió a calcular:

1. El consumo de medicamentos y material gastable según precio por unidad.
2. El gasto ocasionado por el personal en la atención a los pacientes, según salario mensual, diario y por horas.
3. Promedio de estadía, valorada desde el momento en que se inició el estudio.
4. La calidad se evaluó en cada alternativa, teniendo en cuenta el grado de satisfacción del paciente como resultado final.

Los datos recopilados se computaron mediante Microsoft Excel y Word, y se realizó la comparación de los resultados entre cada alternativa; se tomaron como variables dependientes el costo por estadía hospitalaria y el costo por ingreso domiciliario, que surgen por la operacionalización de los costos directos e indirectos<sup>11</sup>.

Con estos datos se calculó un costo promedio que se obtiene de la división de cada elemento de costo entre el indicador días/paciente (nivel de actividad), excepto el de medicamentos, para el cual se forma una muestra, y por diagnóstico y tratamiento se calcula el costo de los medicamentos, ya que en el costo total del servicio no sólo se incluyen los pacientes en fase terminal, sino también los que ingresan para recibir el tratamiento de quimioterapia o radiaciones, ya sean del municipio o del resto de la provincia, y no todos consumen la misma cantidad de medicamentos.

En el Policlínico “José Ramón León Acosta” se toma una muestra de 32 pacientes en estadio terminal acogidos al ingreso domiciliario, los costos que se incluyen son el salario y el alquiler de un sillón de ruedas. Se procede a su cálculo como sigue:

Primero se planifican las visitas, de tal forma, que el paciente sea examinado diariamente; incluso, en horario no laborable la enfermera visita al paciente para suministrarle medicamentos o darle orientación a la familia.

En un día se realizan cuatro visitas que duran aproximadamente media hora.

El salario del personal que forma el grupo de tratamiento paliativo es:

Especialistas	Salario
Médico	\$ 385,00
Enfermera (o)	\$ 238,00
Psicóloga (o)	\$ 380,00
Trabajadora social	\$ 261,00

Estos especialistas trabajan 190,6 horas. Cada salario se divide entre estas horas y da como resultado el salario diario de cada uno, que queda como sigue:

Especialistas	Salario diario
Médico	\$ 2,01 hora
Enfermera (o)	\$ 1,24 hora
Psicóloga (o)	\$ 1,99 hora
Trabajadora social	\$ 1,37 hora

De los 24 días del mes, el médico y la enfermera van a la casa del paciente 12 días alternos, y el equipo completo va solamente dos veces al mes; por tanto, en un día se realizan cuatro visitas por cada uno, y se emplea media hora en cada visita ( $\frac{1}{2}$  hora  $\cdot$  4 visitas = 2 horas/visita).

## **Resultados**

Con los datos obtenidos en Contabilidad y la revisión de historias clínicas, se procede a calcular el costo total unitario del servicio de Oncología en el Hospital “Celestino Hernández” (tabla 1).

Tabla 1 Costo total del servicio de Oncología.

Costos	Importe
Costos directos:	
Materiales	
Alimentos	82,7
Medicamentos	2,83
Material de curación	79,27
Instrumental médico	0,23
Otros materiales	0,08
Vestuario y lencería	0,35
Salarios	7,45
Otros gastos directos	1,95
Contribución a la seguridad social	0,99
Gastos de personal	0,01
Electricidad	0,09
Otros servicios productivos	0,29
Depreciación de AFT	0,57
Costos indirectos	8,65
Costos auxiliares y de administración	8,87
Costos totales	109,68

AFT: Activo fijo tangible.

Por tanto, el costo promedio unitario del paciente con cáncer en fase terminal asciende a \$ 109,68. El costo de una visita, que es el costo del ingreso domiciliario, sería el siguiente:

Tabla 2 Costo del ingreso domiciliario.

Especialistas	Costo del ingreso	
Médico	2,01/hora* 2 horas/visita	\$ 4,02
Enfermera (o)	1,24/hora* 2 horas/visita	\$ 2,48
Psicóloga (o)	1,99/hora* 2 horas/visita	\$ 3,98
Trabajadora social	1,37/hora* 2 horas/visita	\$ 2,74
TOTAL		\$ 13,22

Además de este costo, se incluye el costo del alquiler de una silla de ruedas; por lo que el costo del paciente ingresado en el domicilio asciende a \$ 13,40.

Realizando una comparación, el ingreso domiciliario implica un ahorro de \$ 96,28 por día (Figura).

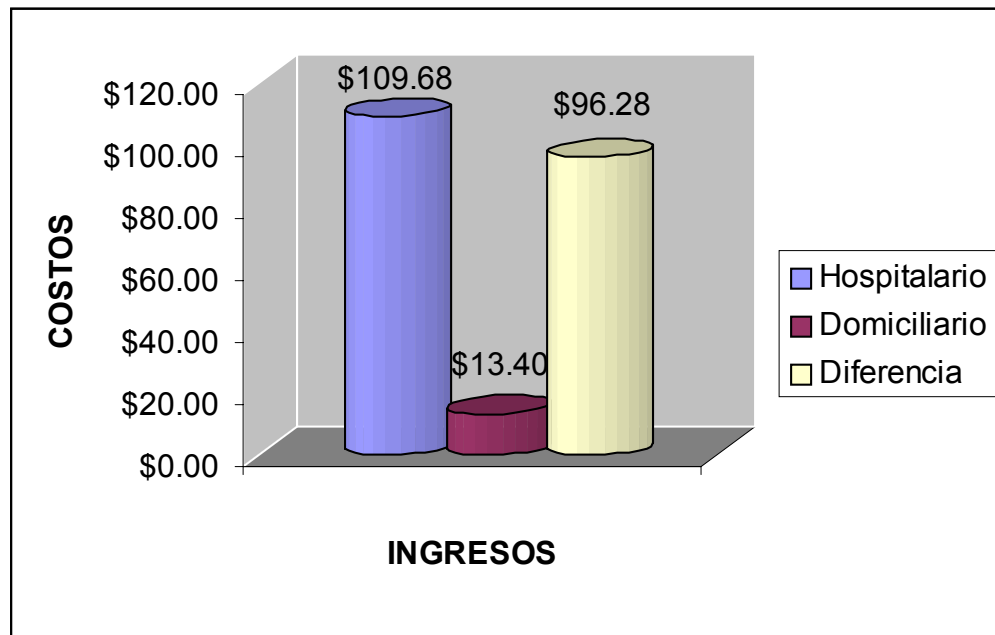


Figura Análisis del costo de los ingresos domiciliario y hospitalario.

Con la provisión de los cuidados paliativos en la atención primaria de salud disminuyen los síntomas y molestias, como: dolor, náuseas, vómitos, disnea, decaimiento, anorexia, estreñimiento, pérdidas de peso, trastornos en el sueño, alopecia; guarda relación esta mejoría con la actividad del grupo de tratamiento paliativo, la familia y la comunidad, y la compensación con el estado emocional del paciente, al ser protagonista de su propio ingreso, por lo que mejora con ello su calidad de vida.

Asimismo, mejoran las limitaciones de las actividades recreativas, físicas y cuidados personales, debido a la preferencia de la atención en el hogar por el paciente.

Además, se observa una mejoría de los estados emocionales del paciente (miedo, ansiedad, inquietud, tristeza, depresión, ira e irritabilidad) que está dada fundamentalmente porque el paciente permanece en el seno de su familia, con el apoyo del equipo de los profesionales de la salud<sup>12</sup>.

En nuestras entrevistas se pone de manifiesto el grado de satisfacción del paciente por recibir el afecto de sus familiares y amigos, los cuales pueden visitarlo sin limitación y ayudar a la familia, con lo cual disminuyen las preocupaciones económicas de otro orden, y el paciente mejora su autoestima.

### ***Discusión***

En las Tesis y Resoluciones del I Congreso del Partido Comunista de Cuba, nuestro Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz hizo especial referencia a la atención que debemos prestar a los aspectos económicos en el financiamiento de las actividades. Estas aspiraciones se encuentran dirigidas, conjuntamente con otras no menos importantes, al desarrollo de la economía del país<sup>1</sup>.

Al establecer una comparación entre las dos alternativas del paciente con diagnóstico de cáncer en fase terminal –ingreso domiciliario o ingreso hospitalario–, encontramos similitud en que el grupo de tratamiento paliativo tiene como objetivo atenuar, paliar, aliviar el dolor, aumentar el bienestar y los cuidados del paciente en fase terminal de acuerdo con las características de su enfermedad, ya que se encuentra en su ámbito familiar; por lo tanto, se hace necesario tener en cuenta la creación de un centro de costo que refleje los gastos ocasionados por el mismo.

Se utilizaron técnicas de evaluación económica para analizar el costo-beneficio y el costo-utilidad, con vistas a mostrar los resultados obtenidos en el beneficio y utilidad para la salud del paciente.

Además, se demuestra la disminución de los costos de medicamentos, específicamente los sedantes y las drogas; ello, unido a la atención del grupo de cuidados paliativos, se expresa en un estado psicológico estable.

La atención paliativa a estos pacientes en la atención primaria es menos costosa que en el hospital, no sólo por asumir la familia parte de los gastos, sino por el confort que recibe en el domicilio, pues el paciente es protagonista de su propio ingreso y es apoyado por el equipo básico de trabajo, equipo paliativo, familia y comunidad.

Se demostró la satisfacción de los pacientes atendidos en el ingreso domiciliario por el grupo de atención paliativa en la comunidad, por lo que aumenta su calidad de vida.

Al realizar un análisis comparativo, se comprobó que el ingreso domiciliario permite un ahorro diario a la economía del país de \$ 96,28.

Por ello, si los 32 pacientes ingresados en el domicilio hubieran sido atendidos en el hospital, el costo del servicio de Oncología se hubiera incrementado en \$ 3509,76 (109,68\*32).

### ***Summary***

A transversal and experimental investigation of benefits and usefulness of costs of palliative treatment of cancer in health primary care was carried out in the teaching polyclinic “José Ramón Leon Acosta” to evaluate economic and social advantages of this kind of treatment in the community. Differences with the secondary care were found in the year 2000. Two groups of 32 patients each in terminal stage were studied to compare both direct and indirect costs: a group with home admission and the other admitted in the Hospital “Celestino Hernández” of this city. Two techniques of economic assessment were used: cost-benefit and cost-usefulness analyses and an economic saving for the National Health System, a decrease of pathological risk and a more adequate environment and a better care for patients in terminal stage were found that was shown by the satisfaction rate of patients, families and the community.

## **Referencias bibliográficas**

1. Cuba. Ministerio de Salud Pública: Carpeta Metodológica de Atención Primaria de Salud y Medicina Familiar. Sistema Nacional de Salud. La Habana: MINSAP; 2000.
2. Cuba. Partido Comunista de Cuba. Tesis y Resoluciones del IV Congreso del Partido Comunista de Cuba. La Habana: Editora Política; 1999.
3. Colectivo de autores. Control de síntomas en cuidados paliativos. Asociación Española contra el cáncer. Madrid: Cuadegni; 1998.
4. Conferencia de Consenso. Copenhague, 13-14 de junio 1991. Boletín de la OMS. Barcelona.
5. Cuidados paliativos ambulatorios del Centro Médico de Imbanco. España. Kinusa J 2000. URL disponible en: <http://hospiceweb.com/internat/colombia/cpa/cpa.htm>.
6. Boffili X. Cuidados paliativos 2000. URL disponible en: <http://www.paliativo.com>.
7. Fernández C, Luke B, Serret Díaz D. Criterios y conceptos relacionados con Economía de Salud que usted debe conocer. Ginebra: OMS; 1983.
8. Gómez Sancho M. Cuidados paliativos. Atención integral a enfermos terminales. Vol 1 y 2. Madrid: ICEPSS; 1998.
9. Humphry D, Wickett A. El derecho a morir. Barcelona: Tusquest; 1989.
10. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Manual de costos hospitalarios. La Habana: Dirección de Contabilidad; 1985.
11. Programa de Atención al Dolor y Cuidados Paliativos al Paciente Oncológico. La Habana: MINSAP; 2000.
12. Pelegrín E. El rostro de un paciente. Periódico Trabajadores 11/11/1988.