

COSTOS EN CUIDADOS PALIATIVOS



Elda Menichetti
Liliana Romani
Jorge A. Meyer
Angelika Scheucher

Resumen:

Antecedentes: Entre el 50% y el 100% de los pacientes con cáncer tendrán dolor en el curso de su enfermedad. Los sistemas sanitarios no financian el tratamiento del dolor y no todos financian al Equipo de Cuidados Paliativos.

Objetivos: 1) Evaluación del gasto de pacientes oncológico en tratamiento por el STDCP (Servicio de Tratamiento de Dolor y Cuidados Paliativos). 2) Evaluación de costos de atención en función del tiempo de derivación al STDCP. 3) Comparación de costos de la última internación con y sin tratamiento por el STDCP. 4) Evaluación del nivel de satisfacción familiar.

Diseño: Estudio prospectivo, randomizado.

Población: 35 pacientes oncológicos adultos asistidos por el STDCP entre 15 y 180 días antes de la muerte y 35 pacientes no asistidos por el STDCP en su última internación.

Método: Evaluación de costos de atención domiciliaria y en internación.

Resultados: El costo/día de atención domiciliaria es diferente y significativamente menor al costos de atención en internación, con una relación de 7:1. Mientras más tiempo se asiste a pacientes oncológicos por Cuidados Paliativos, el costo diario es menor, con una relación ambulatorio/internación de 9:1 a 11:1 para más de 4 meses de tratamiento. Las internaciones antes de la muerte asistidas por personal entrenado en tratamiento del dolor y cuidados paliativos, son 2.5 veces más baratas que las asistidas por médicos sin entrenamiento. Los niveles de satisfacción familiar son superiores al 80 %.

Conclusiones: El control del dolor y los síntomas asociados al cáncer tratados por equipos especializados de Cuidados Paliativos, produce mayor ahorro para los sistemas de salud cuanto antes se lo utilice.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud, el Consejo Nacional de Hospice y Servicios Especializados en Cuidados Paliativos de Inglaterra y la Asociación Europea de Cuidados Paliativos, definen los cuidados paliativos como “el cuidado activo y total del paciente y su familia por un equipo multiprofesional, cuando la enfermedad del paciente no responde a tratamientos curativos”. El objetivo prioritario de los cuidados paliativos es brindar la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia. ¹⁻³

El control de síntomas de los pacientes con cáncer, se han convertido en reclamo de los pacientes y sus familias hacia los médicos y financiadores del sistema de salud. Cuando no se encuentran establecidos como práctica rutinaria, reconocida como especialidad o subespecialidad, el aumento de los costos para el sistema de salud es considerable, mientras que el tratamiento por equipos especializados genera una mejor relación costo/beneficio, mayores niveles de satisfacción y menores reclamos por parte de los usuarios. ⁴⁻⁶

Los pacientes con dolor o síntomas no controlados consumen recursos fundamentalmente en internaciones, estudios diagnósticos y tiempo de enfermería. Ferrell mostró que en 255 internaciones no programadas con diagnóstico de dolor no controlado, el 26 % tuvo al menos una internación previa con el mismo diagnóstico. Más de la mitad de las readmisiones (54%) ocurrieron dentro de las 2 semanas del alta. Los reingresos tuvieron un promedio de hospitalización de 12 días, superior a la media de internaciones por otras causas y con un costo mayor a la media de internación por neumonía. ⁷

Nosotros estudiamos el impacto de las internaciones por dolor no controlado en pacientes oncológicos, en función de la ocupación de camas del servicio de clínica médica de un hospital de agudos. Luego de tratar el dolor, el porcentaje de pacientes internados disminuyó al 22%, y el seguimiento por consulta externa y/o domiciliaria se elevó al 78%. De esta manera, por 16 pacientes oncológicos tratados en forma ambulatoria se ahorraron 160 días de internación o \$151.360, lo que significó un ahorro de \$9.460 por paciente, solamente en gastos de internación. ⁸

Si tratar síntomas asociados en los pacientes con cáncer puede significar ahorro y mejor servicio, el lugar donde se brinda el tratamiento también parece tener influencia en los resultados económicos y en la calidad de vida de los pacientes.

Existen evidencias que la asistencia domiciliaria cumple un rol preponderante en el tratamiento de los pacientes con cáncer.⁹⁻¹⁰

Los cuidados paliativos pueden clasificarse en tres categorías, con relación al momento en que se brindan:¹¹

- En los períodos previos a la muerte.
- En una enfermedad estable con pocos síntomas, seguidos de una muerte súbita.
- En una enfermedad con etapas de progresión de enfermedad y síntomas, que se benefician de períodos cortos de cuidados paliativos.

En nuestro país los pacientes con cáncer se encuentran mayoritariamente en la primera definición, cuando en realidad es prioritario aplicar la filosofía y los conocimientos de los cuidados paliativos desde el diagnóstico y durante todo el curso del tratamiento. Cabe preguntarse que impacto económico tiene el tiempo de aplicación de los cuidados paliativos en los costos de atención y para los sistemas de financiación de servicios médicos de pacientes sin respuesta a los tratamientos curativos.

Los objetivos para el presente son:

1. Evaluar el gasto producido por pacientes con diagnóstico oncológico sin respuesta a los tratamientos curativos, que requieren control del dolor o síntomas asociados a la enfermedad o sus tratamientos.
2. Evaluar la variación de los costos de atención en función del tiempo de tratamiento, desde la derivación al Servicio de Tratamiento del Dolor y Cuidados Paliativos (STDPC) hasta la muerte.
3. Comparar los costos de las internaciones de pacientes atendidos por el STDPC, con las internaciones de pacientes oncológicos asistidos por sus médicos de cabecera.
4. Evaluar el nivel de satisfacción del grupo familiar con la modalidad de asistencia utilizada.

Material y métodos:

Selección de pacientes y criterios de inclusión:

Utilizando una tabla de números aleatorios generados por computadora, se seleccionaron 35 pacientes derivados al STDCP entre Mayo y Octubre de 2011, que cumplieran los siguientes criterios:

- Mayores de 18 años con diagnóstico oncológico, sin posibilidades terapéuticas curativas con expectativa de vida menor a 1 año, que requieren tratamiento del dolor y/o cuidados paliativos en el final de su enfermedad.
- Con posibilidades de realizar tratamiento utilizando las propuestas de la OMS para el control del dolor y cuidados paliativos, con seguimiento domiciliario y/o en internación.
- Con un tiempo de atención desde la derivación hasta la muerte, mayor a dos semanas y menor a 6 meses.
- Obtener la información de los gastos producidos en el tiempo de estudio, directamente del financiador del tratamiento,.

Del registro de pacientes internados con diagnóstico oncológico, se seleccionaron 35 pacientes internados para morir en el hospital por sus médicos de cabecera, que no fueron asistidos por el STDCP. Para este grupo se utilizaron los siguientes criterios de inclusión:

- Con diagnóstico oncológico sin posibilidades terapéuticas curativas, internados por su médico de cabecera antes de la muerte.
- Con tiempo de internación antes de la muerte menor a 25 días.
- Obtener la información de los gastos producidos en el tiempo de estudio, directamente del financiador del tratamiento,.

Criterios de exclusión:

En el grupo de pacientes asistidos por el STDCP se excluyeron los siguientes pacientes:

- Con tratamiento menor a dos semanas o mayor a 6 meses.
- Sin información del financiador sobre los gastos producidos por el paciente.

- Con negativa o imposibilidad del paciente para continuar con las terapéuticas o los controles indicados.

Comparación de costos en función del tiempo de atención:

Para evaluar la influencia en el costo de atención y la distribución del gasto, los pacientes del STDCP se dividieron en función del tiempo de atención, desde la derivación hasta la muerte en tres grupos:

- Grupo I: Menor o igual a 60 días desde la derivación hasta la muerte.
- Grupo II: Entre 61 y 120 días desde la derivación hasta la muerte.
- Grupo III Más de 120 días desde la derivación hasta la muerte.

Variables de estudio:

- Días de tratamiento: tiempo en días, desde que el paciente fue derivado al servicio hasta su muerte, dividiéndose en tiempo de atención domiciliaria y en internación.
- Internaciones: número de episodios de internación durante el estudio.
- Lugar de fallecimiento: divididos en muerte en el hogar o en internación.
- Pesos por día: costo por día de atención en domicilio y en internación.

Se definieron como costos primarios todos aquellos atribuidos directamente al programa de control del dolor y síntomas asociados: cuidados de enfermería, gastos administrativos, honorarios médicos, rehabilitación, psicología, costos de hospedaje hospitalario, medicamentos, radioterapia paliativa, equipamiento, soporte en la atención domiciliaria, sistemas de comunicación de emergencias y material descartable. Los costos secundarios fueron definidos como aquellos asociados al programa de control del dolor y síntomas asociados pero que no forman parte de él: honorarios de médicos consultores, laboratorio, estudios diagnósticos, ambulancia y traslados, etc.

Se cuantificaron los costos primarios y secundarios de la atención domiciliaria o en internación y se agruparon para el análisis de la siguiente manera:

- Honorarios: honorarios abonados por el financiador a todos los profesionales del STDCP, de otros servicios o médicos consultores, que actuaron en la atención de los pacientes.
- Pensión: costos de alojamiento, comida, gas, electricidad, teléfono, enfermería, equipamiento, soporte y provisión de personal no médico en internación.

- Medicación: costos de todos los medicamentos utilizados en la atención del paciente, independientemente del profesional que los indique. También incluye, en caso de atención domiciliaria, el traslado de los medicamentos hasta el domicilio del paciente.
- Descartables: agujas, jeringas, sondas, guías de infusión, gasas, etc. utilizadas en domicilio o internación.
- Estudios diagnósticos: costos de estudios de laboratorio, imágenes como Rx, ecografías, tomografías, etc.
- Soporte domiciliario: provisión y traslado al domicilio de camas ortopédicas, bastones, muletas, sillas de rueda, concentradores de oxígeno, etc.
- Transfusiones y alimentación artificial: transfusiones de hemoderivados, estudios de compatibilidad y el uso de preparados de alimentación enteral o parenteral en internación.

No se cuantificaron los gastos de traslado en ambulancia de y hacia el hospital, ni los costos terciarios, definidos como aquellos relacionados con la enfermedad en los que incurren el paciente y su familia.

Metodología de atención:

Los pacientes del STDCP fueron asistidos por un equipo formado por un médico, un enfermero, un rehabilitador y una psicóloga utilizando los programas, criterios y recomendaciones de la OMS. El lugar de atención fue determinado por el equipo de trabajo asignado a cada paciente en función del estado clínico y de las posibilidades de asistencia familiar en cada caso. Cuando se realizó atención en domicilio el paciente fue visitado al menos una vez por semana por los integrantes del equipo y contó con un servicio de asistencia telefónica las 24 hs. Asimismo se les proveyeron los medicamentos y de los equipos de soporte (cama ortopédica, silla de ruedas, concentradores de oxígeno, etc.) en función de las necesidades individuales. Los miembros del equipo fueron remunerados por cada visita y fueron supervisados semanalmente en una reunión de evaluación asistencial.

Los pacientes fueron internados por cualquier problema médico que no pudiera solucionarse en el domicilio siendo criterios de internación:

- Dolor no controlado.

- Disnea, vómitos, convulsiones, o cualquier otro síntoma asociada a su enfermedad o el tratamiento.
- Requerimientos de estudios diagnósticos.
- Transfusiones.
- Terapéuticas invasivas.
- Imposibilidad de asistencia familiar.

Se permitió al paciente y/o su familia elegir el lugar de muerte, incluyendo la internación previa al deceso o el acompañamiento en su domicilio.

Satisfacción familiar por el tipo de atención:

Para analizar la satisfacción familiar de los pacientes atendidos por el STDCP, se diseñó una encuesta que permitiera evaluar retrospectivamente la percepción de los familiares y/o cuidadores, tanto sobre las necesidades concretas, como en el aspecto afectivo. Los familiares no fueron informados durante el tratamiento sobre la existencia la encuesta.

Del total de pacientes que finalizaron el estudio, se seleccionaron 17 familias utilizando una tabla de números aleatorios producida por computadora. El cuestionario lo realizó telefónicamente un operador que nunca estuvo en contacto con el paciente, pasadas al menos cuatro semanas de la muerte de su familiar, con el siguiente cuestionario:

1. Sabía usted que existía un equipo que prestara este sistema de atención a pacientes en la situación de su familiar?
2. ¿Cómo evalúa la calidad de atención del equipo?
3. ¿Cree Usted que su familiar y su familia se sintieron acompañados por el equipo? Cómo lo calificaría?
4. ¿Recibió lo que necesitaba? (medicamentos, oxígeno, sillas de ruedas, cama ortopédica, etc.) Como calificaría el servicio prestado?
5. Si conociera a alguien que estuviera en la misma situación que Ud., ¿Le recomendaría este tipo de atención?

Las preguntas 2, 3 y 4 tuvieron cuatro opciones de respuesta, “Excelente”, “Muy bueno”, “Bueno” y “Malo”; las preguntas 1 y 5 respuestas de afirmación o negación. En la cualificación de las preguntas 2, 3 y 4 se consideró valoración positiva a las

respuestas “Excelente” y “Muy bueno”.

Fuentes:

La información se obtuvo de las bases de datos la Gerencia de Facturación y el Servicio de Farmacia del Hospital Alemán, las planillas de facturación de medicamentos de cada paciente, el registro de pago a profesionales del financiador (Plan Médico del Hospital Alemán) y los registros de facturación y pago de honorarios de los profesionales que asistieron a los pacientes en estudio. Se cruzó la información de todas las fuentes y se adicionaron los gastos producidos por otros profesionales o servicios que asistieron a los pacientes durante el estudio.

Análisis estadístico:

Debido a las grandes variaciones en los costos individuales de atención, los valores se expresan como mediana y percentilo 25-75.

Resultados:

Distribución del gasto:

Se estudiaron los costos producidos por 35 pacientes (22 femeninos) con diagnóstico oncológico asistidos por el STDCP. La edad promedio fue de 65.54 ± 11.75 (30-87) años y fueron atendidos durante 2.426 días, con una mediana de 55 días (31-91.50) por paciente. El 87.84% (2.131 días) del tiempo de atención se realizó en el domicilio y el 12.16% (295 días) en internación. 20 pacientes murieron en sus domicilios, 14 fueron internados para morir en el hospital y 1 transcurrió todo el tratamiento en internación hasta la muerte.

El costo total del tratamiento fue de \$890.332,71 que corresponde a una mediana de \$10.515,44 (\$4.442,89-23.959,73) por paciente y a \$294,59 (\$218,61-501,208) por día de tratamiento. Los gastos producidos en atención domiciliaria (\$431.458) correspondieron al 48,46% del total y los originados durante las internaciones (\$458.874,7) al 51.54%. (Gráfico 1)

La mediana de atención domiciliaria fue de 52 (25.50-90) días, con un costo por paciente de \$10.385,83(4.890,86-18.063,74), que equivale a un costo diario por paciente de \$187,22 (165,55-221,06). Los honorarios fueron el mayor determinante del gasto (\$352.787,05), seguidos por la medicación (\$64.844,30), los estudios diagnósticos (\$10.966,37), descartables (\$2.023,64) y soporte domiciliario (\$837,21). (Tabla I) (Gráfico 2)

Los 295 días de atención hospitalaria se dividieron en 50 internaciones de 25 pacientes, con una mediana de 1 (1-2) por paciente y una duración de 3,5 (1-8) días por internación. La mediana de cada internación fue de \$4.686,35 (949,98-12.163,49) con un costo de \$303,31 (255,28-398) por día.

El mayor determinante del gasto fue el rubro pensión con \$211.477,31 seguido por medicación con \$129.975,75, honorarios con \$48.837,25 estudios diagnósticos con \$33.814,51, transfusiones y alimentación artificial con \$24.281,24 y descartables con \$2.439,22. (Tabla II) (Gráfico 3)

Costos y tiempo de tratamiento entre derivación y muerte:

El Grupo I incluyó 18 pacientes con menos de 60 días entre la derivación y la muerte; estuvieron en tratamiento 587 días, con una mediana de 31,50 (25,25-42) días. Fueron atendidos en sus domicilios 459 días (78,19%) y 128 días (21,80%) en el hospital con 20 internaciones. 10 pacientes murieron en el hospital y 8 murieron en sus domicilios. La relación Días en domicilio/Días en internación para este grupo fue de 3.6:1.

El Grupo II incluyó 12 pacientes asistidos entre 61 y 120 días desde la derivación hasta la muerte. Estuvieron en tratamiento 1033 días, con una mediana de 88 (74,25-102,50) días. Fueron atendidos en sus domicilios 930 días (90,02%) y 103 días (9,97%) en el hospital con 16 internaciones. 4 pacientes murieron en el hospital y 8 murieron en sus domicilios. La relación Días en domicilio/Días en internación para este grupo fue de 9:1.

El Grupo III incluyó 5 pacientes asistidos por más de 120 días desde la derivación hasta la muerte. Estuvieron en tratamiento 806 días, con una mediana de 170 (154-180) días. Fueron atendidos en sus domicilios 742 días (92,06%) y 64 días (7,94%) en el hospital con 14 internaciones. Dos pacientes murieron en el hospital y 3 murieron en sus domicilios. La relación Días en domicilio/Días en internación para este grupo fue de 11,6:1. (Gráfico 4) (Gráfico 5)

El costo de atención por paciente fue de \$12.356,6 (8.233,3-22.514,06) en el grupo I, de \$23.375,45 (18.291,55-39.291,76) en el grupo II y de \$39.044,99 (34.631,30-89.163,55) para los pacientes del grupo III. Los costos por día de atención domiciliaria del grupo I fueron de \$184,38 (165,55-220,72), en el grupo II de \$176,17 (165,55-242,35) y en el grupo III de \$206,23 (198,75-213,41). Los costos por día de atención en internación fueron de \$1.168,39 (956,02-1.479,07) en el grupo I, de \$1.567,44 (1.369,34-1.855,24) en el grupo II y de \$1.360,43(1.179,92-1.560,64) en los pacientes del grupo III.

El costo diario de atención mostró una relación inversa con el tiempo de derivación, con menores costos por día cuanto más se aleja la derivación de la muerte. Así en el grupo I el costo diario fue de \$350,15(220,63-539,17), en el grupo II de \$259,76 (175,14-387,00) y de \$229,66 (224,90-305,98) en el grupo III. (Gráfico 6)

En los tres grupos el mayor determinante del gasto fueron los honorarios profesionales, seguidos por los costos de internación y la medicación. (Tabla III)

Los gastos por internación mostraron una clara diferencia entre los pacientes del grupo I y los grupos II y III, con más de un tercio del gasto total asociado a este rubro cuando los pacientes son derivados para su atención dentro de los 60 días de la muerte. De manera inversa los gastos por honorarios profesionales aumentan proporcionalmente cuanto mayor es el tiempo entre la derivación y la muerte. (Gráfico 7)

Costos por internaciones:

Se compararon las internaciones de los pacientes asistidos por el STDCP durante el tratamiento con la última internación antes de la muerte de este mismo grupo y las internaciones de un grupo de 35 pacientes oncológicos asistidos por sus médicos de cabecera e internados antes de su muerte en el hospital, durante los seis meses previos a la creación del STDCP.

Durante su tratamiento 16 pacientes asistidos por el STDCP fueron internados en 35 oportunidades, contabilizando 194 días con una mediana de 4 (1-8) días por internación. El costo de cada internación fue de \$4.870,78 (681,29-11.600,84) con un costo diario de \$1.074,69 (681,29-1.594,78).

Quince pacientes del grupo asistido por el STDCP murieron internados en el hospital. En 14 de ellos, las internaciones fueron concertadas con los pacientes o sus familiares durante el tratamiento. El restante paciente transcurrió todo su tratamiento internado desde la derivación hasta la muerte. Totalizaron 105 días de atención con una mediana de 4 (2,5-9,5) días. El costo por paciente fue de \$6.321,90 (2.243,22-13.966,96) y el costo diario de atención fue de \$1.264,29 (1.020,26-1.998,29)

Los 35 pacientes internados para morir por sus médicos de cabecera y no asistidos por el STDCP, contabilizaron 360 días en internación con una mediana de 10,29 (4,5-14,5) días. El costo por internación fue de \$15.954,42 (7.622,22-38.286,21) con un costo diario de \$1.996,71 (1.415,17-2.739,96).

Cada internación de los pacientes del STDCP durante el tratamiento costó \$1.451,12 menos que las internaciones del mismo grupo de pacientes antes de la muerte, con una diferencia de \$189,59 por cada día de tratamiento en internación.

Las internaciones indicadas por sus médicos de cabecera antes de la muerte, costaron \$9.632 más que las mismas internaciones de pacientes oncológicos indicadas por el STDCP, con una diferencia de \$732,42 por día de atención. (Tabla IV)

En las internaciones durante el tratamiento se produjeron mayores gastos en estudios diagnósticos, transfusiones y alimentación artificial, comparados con la última internación antes de la muerte de los pacientes asistidos por el STDCP. En esta última internación los gastos por pensión y medicación fueron superiores a las internaciones durante el tratamiento.

Las últimas internaciones de pacientes no asistidos por el STDCP mostraron mayores costos en todos los rubros, sobre todo en los gastos de pensión, debido a que 12 de los 35 pacientes fueron internados en unidades de cuidados intensivos en los días previos a la muerte. Asimismo se produjeron mayores gastos en transfusiones y alimentación artificial, medicamentos, estudios diagnósticos y honorarios. (Tabla V)

La distribución porcentual de los gastos en las últimas internaciones antes de la muerte indicada y conducida por el STDCP y por los médicos de cabecera mostró valores muy similares, con excepción del rubro transfusiones y alimentación artificial. (Tabla VI)

Nivel de satisfacción con la modalidad asistencial:

De las 17 familias seleccionadas respondieron 16 y solo 14 refirieron conocer la existencia del servicio antes de la derivación. Todos los entrevistados recomendarían el tipo de atención recibido si conocieran a alguna persona en su misma situación.

Se registraron valoraciones positivas con respuestas “Excelente” o “Muy bueno” en el 81 % de los encuestados sobre la calidad de atención brindada, en el 87% sobre el nivel de acompañamiento y en el 94 % de las respuestas sobre la provisión de soporte en domicilio. (Gráfico 8)

Discusión:

Utilizando los esquemas terapéuticos y recomendaciones de la OMS y sus validaciones en nuestro medio y en el extranjero, diseñamos un sistema asistencial que permitiera controlar adecuadamente el dolor y los síntomas asociados de pacientes con cáncer en

fase terminal de su enfermedad, para la población asistida por un hospital de comunidad.¹²⁻¹⁶

Por cada paciente se conformaron equipos de trabajo integrados por un médico, un enfermero, un rehabilitador y una psicóloga con entrenamiento especial en cuidados paliativos. Cada uno de los integrantes del equipo visitaba a los pacientes en el domicilio en días separados, con al menos 4 visitas por semana. Para consultas o urgencias se les brindó un sistema de comunicación las 24 horas y en caso de necesitarlo, asistencia médica en horario nocturno o en fines de semanas. Uno de los objetivos del equipo era mantener la asistencia domiciliaria todo el tiempo que las condiciones médicas asistenciales y de soporte familiar lo permitieran. Estaban instruidos especialmente para anticiparse a los problemas y para asegurar la continuidad del tratamiento se proveyeron los medicamentos en el domicilio.^{17 18}

Disponibilidad de servicio y costos de asistencia:

El diseño de nuestro estudio no permite ni busca comparar los costos de atención domiciliaria con los de internación. Las indicaciones para la asistencia en domicilio y en internación fueron diferentes y de hecho los encargados de cada equipo de atención cumplieron con la premisa de priorizar, la asistencia domiciliaria dentro de las posibilidades de cada núcleo paciente/familia.

Aun en situaciones con sesgos electivos e intencionados como los propuestos en nuestro estudio, puede advertirse la diferencia en el gasto, dado que el 12 % del tiempo de atención consume más del 51% de los recursos. Dicho de otra manera los costos de atención de 2131 días en domicilio fueron similares a los costos de atención de 295 días en internación.

Los sistemas de salud que no tienen programas de cuidados paliativos y atención domiciliaria deben recurrir a la internación hospitalaria para manejar situaciones que no pueden resolverse en el consultorio externo o con los sistemas de emergencia. En este contexto desaparecen las diferencias metodológicas y los gastos del financiador crecen considerablemente. Un buen ejemplo lo constituyen los pacientes oncológicos que necesitan infusión parenteral de opioides. Ferris y Bruera en Canadá y Prouvost en Argentina demostraron que con sistemas mecánicos de dispendio de medicamentos por vía subcutánea se pueden generar ahorros tan importantes como para equipar a nuevos servicios de cuidados paliativos sin necesitar inversión.¹⁹⁻²¹

En nuestro estudio el costo diario de atención domiciliaria fue de \$187,22 y el costo por

día de atención en internación fue de \$1.304,23, lo que significa una diferencia de 696% o una relación de 7:1 entre el costo de atención en internación y en domicilio. Ventafrida y col. encontraron una diferencia del 686% entre el costo diario en atención domiciliaria y el de internación de pacientes oncológicos en el final de su evolución. Otros estudios con distintos acercamientos confirman las diferencias en los costos de atención ambulatoria y en internación.²²⁻²⁵

Las notables diferencias económicas de ambas situaciones terapéuticas se explican porque los servicios que se brindan también son diferentes. En el hospital el paciente tiene disponibilidad de asistencia médica y de enfermería las 24 horas, pero en su domicilio es la familia quien cubre las necesidades de atención durante la mayor parte del tiempo.²⁶

Cuando se proveen servicios similares al del hospital en el hogar, los resultados económicos no muestran diferencias. Es aquí donde las diferencias metodológicas entre los estudios explican resultados tan diversos. Emanuel describió cinco de estas diferencias:²⁷

- Falta de randomización en la selección del lugar de atención.
- Tiempos diferentes en la evaluación de los costos.
- Evaluación de pocas variables y restringidas a gastos médicos.
- Variabilidad en la forma de reportar el ahorro.
- Imposibilidad de extrapolar las conclusiones entre diferentes poblaciones.

Recientemente Jones confirmó los enunciados de Emanuel en un estudio de minimización de costos, prospectivo randomizado, donde se comparan los costos de asistencia en internación hospitalaria y en internación en el hogar (“hospital at home”). La asistencia en el hogar tuvo un costo similar a la internación convencional. Cuando el análisis se desarrolla sobre los pacientes que aceptan de primera intención la asistencia en el domicilio, los valores son inferiores a los de los pacientes internados, confirmando resultados de estudios no randomizados o con metodologías diferentes.²⁸⁻

30

Traslado de costos al ámbito familiar:

Los pacientes sin cobertura o con cobertura parcial, cargan con los costos del tratamiento además de la pérdida de tiempo laboral, transportes, medicamentos,

cuidado de niños, etc. La mayor parte de la población argentina no tiene cobertura sanitaria para cuidados paliativos, que está limitada para un pequeño grupo de personas cercanas a los grandes centros de atención, con sistemas de salud caros o de alto poder adquisitivo.³¹

Stommel estudió la reducción de los ingresos y el aumento de los egresos de las familias de 191 adultos con cáncer durante 3 meses. Encontró que las erogaciones directas alcanzaron un promedio de \$2.833,7 y el promedio de pérdida de ingresos alcanzó \$10.638,2. Los familiares reportaron que sus esquemas laborales se alteraron con llegadas tarde, salidas anticipadas, etc. Extrapolando estas cifras a los costos de cuidados familiares directos durante un año se alcanzó una cifra de \$78.622,9, que fue muy similar a los cuidados domiciliarios de enfermería durante un año en la región del estudio (\$44.600).³²

En nuestra serie los gastos en pensión corresponden casi a la mitad del costo de los pacientes internados, que no existen en los pacientes con atención domiciliaria. Estos gastos en la atención domiciliaria corresponden al paciente y su familia. De igual manera, debido a que las transfusiones en nuestra serie se realizaron solo en internación, los gastos de este rubro no son imputables a la atención en domicilio, aunque la indicación surgiera en ese ámbito.

La vía oral es la forma de dosificación de analgésicos más económica por ser la menos invasiva, pero es la menos costosa solamente cuando es correctamente indicada. Siguiendo los programas asistenciales de la OMS priorizamos la vía oral siempre que fuera posible. Las situaciones de dolor no controlado fueron criterios de internación en nuestra serie. Esto explica en parte las diferencias en el gasto en medicamentos y descartables entre la asistencia domiciliaria y la internación.

El cuidado familiar es más barato y hasta puede ser de mejor calidad, pero es la familia quien asume los costos. El sistema actual de salud no está preparado para cubrir la atención familiar. Las tasas de supervivencia aumentan, las políticas de reducción de costos son más agresivas y el cuidado familiar directo puede ser más importante que el sistema formal de atención.^{33 34} Cualquier intento de reducción de costos debe poder demostrar que el ahorro en los servicios no impacta directamente en los costos de la familia del paciente. El traslado de los costos a la familia puede tener como consecuencia, el menor uso de analgésicos por falta de recursos económicos, menores controles o el abandono del tratamiento.

Mejor asistencia, menores costos y mayores beneficios sociales:

En nuestro estudio la distribución porcentual del gasto en honorarios es sustancialmente mayor en la atención domiciliaria, lo que tiene relación directa con el tiempo de atención. Una visión parcializada de este gasto podría inferir que los honorarios del equipo deben ajustarse, para disminuir aun más los costos de atención. Sin embargo la presencia y orientación de los profesionales en el domicilio del paciente, es la causa más importante de la contención del gasto y lo que posibilitó que el 87% del tiempo de atención transcurriera fuera del hospital.

Los pacientes y familias a las que se les ofrecen abiertamente servicios de asistencia y soporte en domicilio en el año previo a la muerte, consumen menos recursos del sistema en internación y en visitas no programadas de enfermería, con costos de hasta el 50% inferiores al de los pacientes que no tiene coordinación por equipos de asistencia especial. Las tasas de ahorro en estos grupos pueden ser, en coincidencia con nuestros resultados, desde 4:1 hasta 8:1.³⁵

Nuestro programa de asistencia domiciliaria no tenía antecedentes para la población en estudio. Antes de la creación del STDCP existían solo dos opciones: la internación o el consultorio externo. El sistema de atención que diseñamos se sustenta básicamente en el entrenamiento y la asistencia de la familia y del paciente. La información del paciente y su familia ha demostrado ser un arma muy efectiva para la asistencia en domicilio.

Con este sistema de atención los pacientes con cáncer se benefician en términos de auto cuidado, autoestima, mejoría en el uso de la vía oral, mejor control del dolor, menor ansiedad, etc. Los financiadores de salud se benefician en términos de calidad de servicios, reducción de morbilidad en internación y reducción del gasto.

El núcleo social también adquiere beneficios cuando a través del conocimiento y las nuevas habilidades adquiridas se mejoran los niveles funcionales del paciente, sus familiares retornan total o parcialmente a sus actividades habituales y la vida familiar se ajusta a las nuevas realidades.³⁶

Los componentes del equipo de asistencia domiciliaria necesarios para obtener estos beneficios varían sustancialmente en función de las características sociales y económicas de la población estudiada. Existen puntos de coincidencia en la necesidad de:³⁷⁻⁴³

- Conformar equipos multidisciplinario con trabajo interdisciplinario.

- Utilizar los esquemas de la OMS para el control del dolor y los síntomas asociados.
- Desarrollar planificación y educación familiar sistemática.
- Realizar visitas periódicas y programadas.
- Proveer un sistema de comunicación y consulta las 24 horas.

En muchas realidades, como en nuestra actividad en el ámbito privado, es virtualmente imposible realizar estudios randomizados que asignen pacientes a grupos en internación o grupos en atención domiciliaria. Sin embargo el camino se encuentra en la búsqueda de herramientas en cada ámbito que ayuden en la toma de decisiones, en la organización de nuevos servicios y en la mejor asistencia de más pacientes.^{44 45}

Tiempo de asistencia y reducción de costos:

La OMS propuso que el tratamiento del dolor y los cuidados paliativos se aplicaran simultáneamente y no de manera excluyente. (Figura 1)

Utilizando esta forma de asistencia de pacientes con cáncer, se demostró que en los últimos tres y seis meses de vida, los pacientes con adecuado control de los síntomas utilizaban menos recursos, en especial los generados en internación, que los controles con la asistencia tradicional.^{46 47}

Sin embargo este tipo de estudios no permite evaluar el impacto del tiempo de asistencia, desde la derivación hasta la muerte, de los pacientes con cáncer asistidos por un mismo equipo con una metodología similar. Nuestros resultados demuestran que mientras antes se comienza la asistencia con programas de control del dolor y cuidados paliativos, menores son los días de atención en internación y consecuentemente menores son los costos para el financiador.

Esto se ve reflejado en la relación Tiempo de atención en domicilio/Tiempo de atención en internación de cada uno de los grupos estudiados. Los pacientes derivados a menos de 60 días de la muerte estuvieron 3.6 días en domicilio por cada día en internación. En cambio en aquellos con más de 60 días entre la derivación y la muerte tuvieron 9 días en atención domiciliaria por cada día de internación y los pacientes con más de 4 meses de asistencia tuvieron una relación superior a 11:1.

Traducido en costo por día de atención vemos que existe un punto de inflexión en las derivaciones antes de los dos meses de tratamiento, con diferencias de más de \$86 por día de atención si los pacientes son derivados dentro de los 60 días anteriores a la

muerte. Asimismo los percentilos 25-75 del costo diario se mantienen alrededor de los \$215 en los grupos II y III, mientras que en el grupo I superan los \$301, lo que dificulta en estos pacientes realizar cálculos aproximados de consumo.

Internaciones antes de la muerte:

La asistencia de pacientes con dolor crónico por médicos especialistas produce notables diferencias en los niveles de dolor, que los obtenidos por médicos generalistas.⁴⁸

Cuando se comparan las consecuencias económicas de la asistencia de pacientes con cáncer entre grupos especializados en cuidados paliativos y las desarrolladas por otros médicos, también se han demostrado diferencias con significación estadística y práctica. Los resultados de Axelsson muestran que la creación de un sistema de atención intensiva de pacientes con cáncer podía autofinanciarse y generar un ahorro de hasta \$10.750 por paciente asistido.⁴⁹ En nuestro estudio cada internación de los pacientes del STDCP durante el tratamiento costó un 30 % menos que las internaciones del mismo grupo de pacientes antes de la muerte, con una diferencia de \$189,59 por cada día de tratamiento en internación.

A su vez las internaciones indicadas por médicos de cabecera antes de la muerte de 35 pacientes no asistidos por el STDCP, fueron \$9.632 más caras que las internaciones antes de la muerte de pacientes asistidos por el STDCP. Esto significa que las internaciones antes de la muerte son 2.5 veces más caras cuando los pacientes son tratados por personal no entrenado en cuidados paliativos.

Las diferencias se explican fundamentalmente en la duración de las internaciones y en los lugares de internación. Las familias sin la contención brindada por sistemas de atención domiciliaria demandan asistencia a sus médicos de cabecera, los que solo pueden responder con el cuidado hospitalario. Esto se traduce en internaciones más prolongadas para el mismo resultado. Cuando un grupo familiar no elabora la muerte como un proceso normal de la vida, suelen escucharse demandas de atención y asistencia que generan internaciones en sectores de cuidados especiales o la continuación de terapéuticas curativas. Es así como en el grupo de pacientes internados por sus médicos de cabecera antes de la muerte y no asistidos por el STDCP, 12 de los 35 pacientes fueron internados en unidades de cuidados intensivos en los días previos a la muerte y se produjeron mayores gastos en transfusiones y estudios diagnósticos.

La distribución porcentual del gasto con excepción de las transfusiones no fue sustancialmente diferente entre los pacientes asistidos por sus médicos de cabecera y aquellos atendidos por el STDCP. Sí lo fue la filosofía de atención frente al único hecho vital con probabilidad 1. Claramente también fueron diferentes las consecuencias económicas de la atención en los últimos días de la vida.

Niveles de satisfacción:

Además de los resultados económicos, los pacientes con cáncer en programas de asistencia domiciliar y cuidados paliativos refieren elevados niveles de satisfacción con el método, aun cuando se analizan sociedades y grupos de pertenencia dispares.

50-51

Mientras más cerca se está del paciente y su familia, cuantificado como mayor tiempo de asistencia, mejores son las opiniones de quienes reciben el servicio. Son las enfermeras quienes suelen recibir el nivel más alto de consideración del grupo familiar o del paciente, coincidentemente con el mayor tiempo de asistencia en el entorno familiar.⁵²

Los pacientes de nuestro estudio corresponden a una franja de la población con ingreso económico medio o alto y un gran nivel de exigencia de servicios. No tenían otro parámetro de comparación, mas que la asistencia tradicional que se realizaba antes de iniciar las actividades del STDCP. Esto se refleja en que 14 de 16 familias desconocían la existencia del Servicio.

Por el nivel de exigencia de la población en estudio, para la cualificación de las respuestas, tres de las cuatro palabras utilizadas tenían connotación positiva. De esta manera solo las respuestas “Muy bueno” o “Excelente” fueron consideradas como valoración positiva del servicio prestado. Se consideró la respuesta “Bueno” como de valoración insuficiente o negativa junto con la opción “Malo”.

Los niveles de satisfacción por la atención recibida superaron el 80 % de las respuestas en todos los rubros, mostrando un gran nivel de aceptación para la modalidad asistencial. Estos niveles de satisfacción se confirman con el hecho de que todos los entrevistados recomendarían el método de atención frente a una situación similar a la vivida con su familiar.

Conclusiones:

En Argentina fallecen anualmente como consecuencia del cáncer aproximadamente 180.000 personas. Entre el 50 % y el 100 % de estos pacientes tendrán dolor en el

curso de su enfermedad y en la mitad de ellos el dolor no será adecuadamente controlado. Utilizando la tasa de mortalidad ajustada y corregida para todos los cánceres, de 153.5/100000 para varones y 97.9/100000 para mujeres, podemos inferir que en una población que mantenga una distribución similar a la de todo el país, se deben esperar 25 muertes anuales cada 10000 habitantes. ⁵²⁻⁵⁵

En nuestro país una gran parte de los enfermos desconocen la existencia de recursos para el alivio del dolor y los síntomas asociados al cáncer o sus tratamientos. Cuando existe conocimiento de las posibilidades terapéuticas no se sabe dónde buscarla. Cuando finalmente se encuentra donde y con quien asistirse, los financiadores no cubren los tratamientos. ⁵⁶

El médico no especializado en el control del dolor y síntomas, no recibe entrenamiento formal durante el pre o postgrado. Cuando quiere indicar opioides potentes entre otras restricciones, tiene que pagar con su dinero los formularios para recetar opioides potentes, aumentando su frustración.

El médico con capacitación especial en el tratamiento del dolor y cuidados paliativos, no es remunerado por esa tarea en la mayor parte de la actividad pública o privada, con lo cual carece de estructura asistencial para realizar su tarea o en el mejor de los casos, realiza un trabajo y es remunerado por otro.

Para los financiadores de salud el control del dolor es un nuevo costo, entendido en un contexto de reducción del gasto. Si hasta ahora no se pagó el servicio y no veía el problema; por qué debe afrontar este nuevo gasto? Desgraciadamente hace complicado y paga caro, lo que debería ser fácil y ser más barato.

Nuestro trabajo tuvo la finalidad de transformar una debilidad de la realidad asistencial, en una herramienta que permita abrir nuevas oportunidades para más pacientes, nuevas fuentes laborales para quienes quieran asistir a personas con sufrimiento y argumentos suficientes para convencer a más financiadores del sistema de salud. En este estudio probamos que en nuestro medio:

- Los costos de atención domiciliaria son diferentes y significativamente menores a los costos de atención en internación, con una relación de 7:1.
- Mientras más tiempo se asiste a pacientes con cáncer que requieren tratamiento del dolor y cuidados paliativos, el costo diario de atención es menor con un máximo posible en el relación ambulatorio/internación superior a 11: 1

- Las internaciones antes de la muerte, asistidas por personal entrenado en el control del dolor y cuidados paliativos, son 2.5 veces más baratas que las asistidas por médicos sin entrenamiento.
- Con el tipo de asistencia utilizada, los niveles de satisfacción familiar tienen un valor mínimo, superior al 80 %.

La subutilización de los recursos existentes conlleva inadecuado control del dolor y síntomas asociados. Para producir el cambio se requiere de la motivación del usuario del sistema de salud, para que cuando se convierta en paciente, pida ayuda y servicios que le permitan acceder a una adecuada calidad de vida. Asimismo se requiere para los encargados del cuidado de los pacientes, el acceso a programas de enseñanza y la creación de modelos operativos regionales que adapten los recursos a las necesidades de cada comunidad.⁵⁷⁻⁵⁹

El desafío de los operadores de salud es obtener beneficios individuales tanto como sociales. En términos de atención de pacientes con dolor, es aplicar los avances tecnológicos y terapéuticos de manera que los beneficios individuales tengan una relación costo beneficio adecuada para toda la sociedad.

Para el médico el objetivo es obtener el mejor control de síntomas y calidad de vida, con los menores efectos adversos y sin morbilidad. Se trata de poder diferenciar lo que “Se puede hacer”, de lo que “Se debe hacer”, y responderse a las preguntas de “Cuándo” y “En quién hacerlo”. La mejor relación costo beneficio en tratamiento del dolor por cáncer, es la que brinda el tratamiento mas barato, menos invasivo y más efectivo.⁶⁰⁻⁶³

Bibliografía:

1. Cancer pain relief and palliative care. WHO Technical reports series 804. Ginebra. 1990, pág: 11-12.
2. Wiles J. Specialist palliative care: a statement of definition. Occasional Paper 8. London: National Council for Hospice and Specialist Palliative care Service. 1994.
3. De Conno, Ripamonti C, Blumhuber H. Cure palliative. Manuale pratico. EAPC. 1994.
4. Ferrell BR; Griffith H. Cost issues related to pain management: report from the Cancer Pain Panel of the Agency for Health Care Policy and Research. J Pain Symptom Manage 1994 9 (4) p221-34
5. Bailes JS. Cost aspects of palliative cancer care. Semin Oncol. 1995, 22, 2; Suppl 3: 64-66.
6. Glare P; Lickiss JN. Unrecognized constipation in patients with advanced cancer: a recipe for therapeutic disaster. J Pain Symptom Manage. 1992, 7; 6: 369-371.
7. Ferrell BR. Griffith H. Cost issues surrounding the treatment of cancer related pain. J. Pharm. Care Pain Symptom Control. 1994, 1: 9-23.
8. Ingelmo PM, Bidolegui CA, Pozzoni CR y Col. Sistemas de evaluación, registros y protocolos para el tratamiento del dolor. Rev. Arg. Anest. 1997, 55, 1: Pág. 15-43.
9. Ventafridda V, Tamburini M, Selmi S et al. The importance of a home care program for patients with advanced cancer pain. Tumori 1985, 71, 5: 449-54
10. De Conno F, Caraceni A, Groff L, et al. Effect of home care on the place of death of advanced cancer patients. Eur J Cancer. 1996, 32 A, 7: 1142-1147
11. Franks PJ. Need for palliative care. En: Bosanquet N. Salisbury C. Providing a palliative care service. Towards an evidence base. Oxford University Press. 1999, Pág: 43-56.
12. World Health Organization. Cancer Pain Relief. Geneva: Office of Publication. WHO. 1986.
13. Ventafrida V. Tamburini M. Caraceni A. et al. A validation study of the WHO method for cancer pain relief. 1987, 59: 850-856.
14. Hanks GW. De Conno F. Hanna M. y col. Morphine in cancer pain: modes of administration. BMJ. 1996, 312: 823-826.
15. Fiscella LF. Rol del anestesiólogo en el tratamiento del dolor del paciente oncológico. Rev. Arg. Anest. 1986, 44: 89-150.
16. Wenk R, Diaz C, Echeverria M et al. Argentina's WHO Cancer Pain Relief Program: a patient care model. J Pain Symptom Manage. 1991, 6: 40-43.
17. Jenkins L. Skills and attributes of doctors in palliative medicine. European Journal of palliative care. 1995, 2, 4: 161-165.
18. Zimmer JG, Groth-Juncker A, McCusker J. Effects of a physician-led home care team on terminal care. J Am Geriatr. Soc. 1984, 32, 4: 288-292.
19. Bruera E; Brenneis C; Michaud M. y col. Use of the subcutaneous route for the administration of narcotics in patients with cancer pain. Cancer. 1988, 62, 2: 407-411.

20. Pruvost M; De la Colina OE; Monasterolo NA. Edmonton injector: use in Cordoba, Argentina. *J Pain Symptom Manage.* 1996, 12, 6: 372-375.
21. Ferris FD; Wodinsky HB; Kerr IG y col. A cost-minimization study of cancer patients requiring a narcotic infusion in hospital and at home. *J Clin Epidemiol* 1991, 44, 3: 313-327.
22. Ventafridda V; De Conno F; Viganò A y col. Comparison of home and hospital care of advanced cancer patients. *Tumori.* 1989, 75, 6: 619-625.
23. Witteveen PO, van Groenestijn MA, Blijham GH, Schrijvers AJ. Use of resources and costs of palliative care with parenteral fluids and analgesics in the home setting for patients with end-stage cancer. *Ann Oncol* 1999, 10, 2: 161-165.
24. Marchei P, Simeoni F. Out-of-the-hospital care for terminal cancer patients. Clinical and organizational features. Our experience. *Minerva Med.* 1997, 88, 1-2: 25-30.
25. Vinciguerra V, Degnan TJ, Budman DR y col. Comparative cost analysis of home and hospital treatment. *Prog Clin Biol Res* 1986, 216: 155-164.
26. Beck-Friis B, Norberg H, Strang P. Cost analysis and ethical aspects of hospital-based home-care for terminal cancer patients. *Scand J Prim Health Care* 1991, 9, 4: 259-264.
27. Emanuel EJ. Cost savings at the end of life. What do the data show? *JAMA* 1996 Jun 26, 275, 24: 1907-1914.
28. Jones J, Wilson A, Parker H y col. Economic evaluation of hospital at home versus hospital care: cost minimization analysis of data from randomised controlled trial. *BMJ* 1999, 319: 1457-1550.
29. Gray D, MacAdam D, Boldy D. A comparative cost analysis of terminal cancer care in home hospice patients and controls. *J Chronic Dis* 1987, 40, 8: 801-810.
30. Greer DS; Mor V; Morris JN; Sherwood S; Kidder D; Birnbaum H. An alternative in terminal care: results of the National Hospice Study. *J Chronic Dis.* 1986, 39, 1: 9-26.
31. Chochinov HM, Kristjanson L. Dying to pay: the cost of end-of-life care. *J Palliat Care* 1998, 14, 4: 5-15.
32. Stommel M, Given CW, Given BA. The cost of cancer home care to families. *Cancer* 1993, 71, 5: 1867-1874.
33. Ferrell BR. Patient and family caregiver perspectives. *Oncology* 1999, 13, 5 (Suppl 2): 15-19.
34. Ferrell BR. How patients and families pay the price of pain. En Cohen MJM, Campbell JN. *Pain treatment centers at a crossroads: a practical and conceptual reappraisal. Progress in pain research and management. Vol 7. IASP PRESS.* 1996: 229-237.
35. Raftery JP, Addington-Hall JM, MacDonald LD y col. A randomized controlled trial of the cost-effectiveness of a district co-ordinating service for terminally ill cancer patients. *Palliat Med* 1996, 10, 2: 151-161.
36. Fernsler JI; Cannon CA. The whys of patient education. *Semin Oncol Nurs* 1991, 7, 2: 79-86.
37. Sergi-Swinehart P. Hospice home care: how to get patients home and help them stay there. *Semin Oncol* 1985, 12, 4: 461-465.

38. Hinton J. Services given and help perceived during home care for terminal cancer. *Palliat Med* 1996, 10, 2: 125-134.
39. Beck-Friis B, Strang P. The organization of hospital-based home care for terminally ill cancer patients: the Motala model. *Palliat Med* 1993, 7, 2: 93-100.
40. McCusker J, Stoddard AM. Effects of an expanding home care program for the terminally ill. *Med Care* 1987, 25, 5: 373-385.
41. Pannuti F, Tanneberger S. The Bologna Eubiosia Project: hospital-at-home care for advanced cancer patients. *J Palliat Care* 1992, 8, 2: 11-17.
42. Wenk R. Piloto de atención continua para el control del dolor y otros síntomas en pacientes con cáncer. *Rev. Arg. Anest.* 1987, 45, 4: 267-273.
43. Wenk R, Pussetto J. Resultados de la actividad de una hot-line de cuidados paliativos. IV Congress EAPC. Barcelona. 1995.
44. Juarez G; Ferrell BR. Family and caregiver involvement in pain management. *Clin Geriatr Med* 1996, 12, 3: 531-547.
45. Bosanquet N. Cost and benefits. En: Bosanquet N, Salisbury C. *Providing a palliative care service. Towards an evidence base.* Oxford University Press. 1999, Pág: 69-78.
46. McCusker J, Brudevold C. Health services utilization and costs of care in terminal cancer: implications for hospice programs. *Home Health Care Serv Q* 1984, 5, 2: 61-74.
47. Sessa C, Roggero E, Pampallona S y col. The last 3 months of life of cancer patients: medical aspects and role of home-care services in southern Switzerland. *Support Care Cancer* 1996, 4, 3: 180-185.
48. Strumpf M; Zenz M; Willweber-Strumpf A. Analysis of the therapy of chronic pain. A comparison of previous therapy and specialized pain therapy. *Anaesthesist* 1993, 42, 3: 169-174.
49. Axelsson B, Christensen SB. Evaluation of a hospital-based palliative support service with particular regard to financial outcome measures. *Palliat Med* 1998, 12, 1: 41-49.
50. Tanneberger S, Pannuti F, Mirri R y col. Home hospital for advanced stage cancer patients: costs and benefits. *Z Arztl Fortbild Qualitatssich* 1997, 91, 2: 117-123.
51. Hughes SL, Cummings J, Weaver F y col. A randomized trial of the cost effectiveness of VA hospital-based home care for the terminally ill. *Health Serv Res* 1992, 26, 6: 801-817.
52. Hinton J. Services given and help perceived during home care for terminal cancer. *Palliat Med* 1996, 10, 2: 125-134.
53. *Cancer Pain Relief: with a guide to opioid availability. Second Edition.* Geneve. 1996.
54. Portenoy RK. Cancer pain: epidemiology and syndromes. *Cancer (suppl. 1)* 1989, 63: 2298-3004.
55. Matos E, Loria D, Vilensky M y col. Atlas de mortalidad por cáncer. Argentina 1989-1992. Comité Argentino de Coordinación del Programa Latinoamérica Contra el Cáncer. LALCEC 1997: pág. 4-25.

56. Joranson DE. Are health-care reimbursement policies a barrier to acute and cancer pain management? *J Pain Symptom Manage.* 1994, 9, 4: 244-253.
57. Wenk R. Cancer pain management problems in developing countries. En *Patt.RB. Cancer Pain.* Lippincott. 1990, Pág. 501-508.
58. Stjernsward J; Bruera E; Joranson D y col. Opioid availability in Latin America: the declaration of Florianopolis. *J Pain Symptom Manage.* 1995, 10, 3: 233-236
59. Wenk R. Los cuidados paliativos en la República Argentina: la necesidad de centros de asistencia y entrenamiento. *Rev. Arg. Anest.* 1993, 51, 2: 107-111.
60. Mc. Quay HJ. The logic of alternative routes. *J. Pain and Symp. Manage.* 1990, 5, 2: 75-77.
61. Portenoy RK. Issues in the economic analysis of therapies for cancer pain. *Oncology.* 1995, 9, 11 (Suppl): 71-78
62. Ahmedzai S. Recent clinical trials of pain control: impact on quality of life. *Eur J Cancer* 1995, 31A (Suppl 6): S2-7.
63. Maltoni M, Nanni O, Naldoni M y col. Evaluation of cost of home therapy for patients with terminal diseases. *Curr Opin Oncol* 1998, 10, 4: 302-309.

Tabla I: Costos de atención domiciliaria

	Mediana (\$)	Percentilo 25-75
Honorarios	7.946,40	4.221,53-14.982,27
Medicación	1.452,71	737,96-5.321,12
Estudios diagnósticos	630,72	167,96-1.136,83
Descartables	37,54	15,57-114,34
Soporte	176,34	27,69-357,97
\$ / Día	187,22	165,55-221,06

Tabla II: Costos de atención en internación

	Mediana (\$)	Percentilo 25-75
<i>Pensión</i>	4.128,52	1.901,5-12.461,27
<i>Medicación</i>	2.037,73	804,87-5.013,28
<i>Honorarios</i>	1.324,4	496,65-2.549,9
<i>Estudios diagnósticos</i>	1.609,02	469,39-2.774,27
<i>Transfusiones y Alimentación artificial</i>	4.508,12	3.282,75-5.498,11
<i>Descartables</i>	193,46	58,57-380,42
<i>\$ / Día</i>	1.305,52	1.097,70-1.711,4

Tabla III: Distribución porcentual del gasto según el tiempo de derivación.

GRUPOS	I (%)	II (%)	III (%)
<i>Honorarios</i>	34,79	47,28	53,53
<i>Pensión</i>	32,68	19,79	19,34
<i>Descartables</i>	1,52	1,58	1,02
<i>Medicación</i>	24,42	21,11	20,15
<i>Estudios diagnósticos</i>	5,17	6,01	3,45
<i>Transfusiones y Alimentación artificial</i>	1,10	4,13	2,51
<i>Soporte</i>	0,17	0,09	0,01

Tabla IV: Días en internación y costos de atención de pacientes asistidos por el STDCP y por sus médicos de cabecera

<i>Internación indicada por:</i>	<i>Días</i>	<i>\$/Internación</i>	<i>\$/Día</i>
<i>STDCP durante el tratamiento</i>	4	4.870,78	1.074,70
<i>STDCP última antes de morir</i>	4	6.321,90	1.264,29
<i>Médico de cabecera antes de morir</i>	10,29	15.954,42	1.996,71

Los valores se expresan en medianas.

Tabla V: Costos de internación del STDCP y Médicos de Cabecera

Internación indicada por:	STDCP durante el tratamiento (\$)	STDCP antes de la muerte (\$)	Médico de cabecera antes de la muerte (\$)
<i>Honorarios</i>	662,20	662,20	250,00
<i>Pensión</i>	2.080,25	617,62	1.688,00
<i>Descartables</i>	88,66	27,68	91,34
<i>Medicación</i>	556,08	316,55	671,85
<i>Estudios diagnósticos</i>	1.205,08	268,29	362,97
<i>Transfusiones y alimentación artificial</i>	2.814,78	258,00	3.683,38

Los valores se expresan como medianas del gasto para cada internación.

Tabla VI: Distribución porcentual del gasto en las internaciones previas a la muerte

Internación previa a la muerte indicada por:	STDCP (%)	Médico de cabecera (%)
<i>Honorarios</i>	10.29	9.29
<i>Pensión</i>	46.76	41.85
<i>Descartables</i>	2.00	2.74
<i>Medicación</i>	32.87	30.73
<i>Estudios Diagnósticos</i>	7.93	10.93
<i>Transfusiones y alimentación artificial</i>	0.15	4.46

Los valores se expresan como porcentajes del gasto total

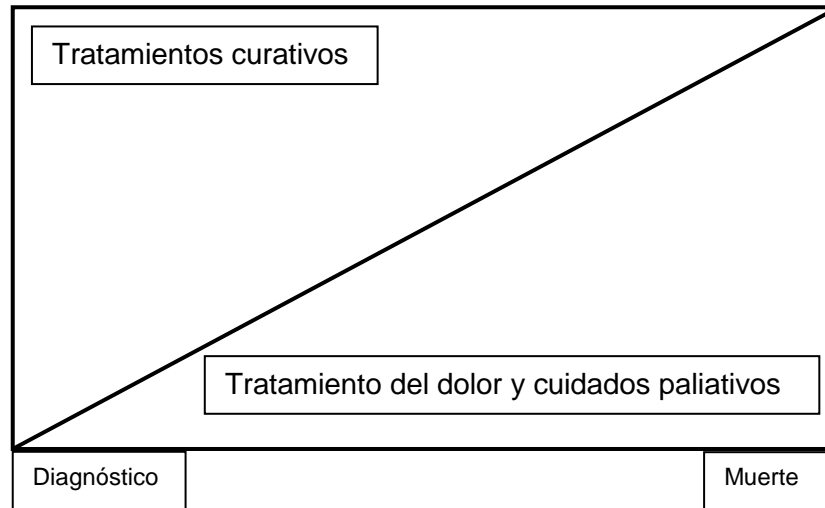


Figura 1: Propuesta de la OMS para la ubicación de los recursos en países desarrollados. Modificado de Cancer pain relief and palliative care. WHO Technical reports series 804. Ginebra. 1990.

