

**UNIVERSIDAD EVANGÉLICA DE EL SALVADOR  
ESCUELA DE POSTGRADOS  
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**



**ANÁLISIS DE COSTOS DEL PROGRAMA CUIDADOS PALIATIVOS, COBERTURA  
DE GASTOS MÉDICOS DE UNA ASEGURADORA EN EL SALVADOR, ENERO –  
DICIEMBRE 2020**

**MAESTRANDOS:**

**MARVIN ALEXANDER AGUILAR MARTÍNEZ**

**ODIR HUMBERTO VINDEL CRUZ**

**ASESOR:**

**DRA. CLAUDIA MARÍA SUÁREZ RAMIREZ**

**SAN SALVADOR, SEPTIEMBRE DE 2021**

**Dra. Cristina Juárez de Amaya**  
**Rectora**

**Dra. Mirna García de González**  
**Vicerrectora Académica**

**Dr. Darío Chávez Siliézar**  
**Vicerrector de Investigación y Proyección Social**

**Ing. Sonia Rodríguez**  
**Directora Académica**

**Dra. Nadia Menjívar Morán**  
**Directora General Escuela de Posgrados**



UNIVERSIDAD EVANGÉLICA DE EL SALVADOR  
ESCUELA DE POSGRADOS  
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

CARTA DE APROBACIÓN DE INFORME FINAL SEMINARIO DE  
GRADUACIÓN

San Salvador, 6 de junio 2021

Dr. José Salvador Sorto  
Coordinador de la Maestría en Salud Pública  
Presente

Estimado Coordinador:

Por este medio notifico que el INFORME FINAL PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN SALUD PÚBLICA titulado: **ANÁLISIS DE COSTOS DEL PROGRAMA CUIDADOS PALIATIVOS, COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS DE UNA ASEGURADORA EN EL SALVADOR, ENERO – DICIEMBRE 2020.**

Elaborado por los maestrandos: MARVIN ALEXANDER AGUILAR MARTÍNEZ y ODIR HUMBERTO VINDEL CRUZ.

Ha sido asesorado y dirigido por Dra. Claudia María Suárez Ramírez como asesor de contenido y por Dr. Carlos Enrique Hernández Ávila como asesor metodológico de acuerdo a la normativa de estudios de investigación establecidas, siendo el producto final un *informe de análisis de costos* que los maestrandos defenderán, correspondiendo el producto elaborado al 65% de la nota final del proceso de Seminario de Especialización.

La nota obtenida de este producto es de 10.00 (DIEZ).

Atentamente

Dra. Claudia María Suárez Ramírez


---

Nombre y Firma del Asesor de Contenido



Se hace constar que el proceso de Seminario de Especialización titulado:

## “ANÁLISIS DE COSTOS DEL PROGRAMA CUIDADOS PALIATIVOS, COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS DE UNA ASEGURADORA EN EL SALVADOR, ENERO – DICIEMBRE 2020”

Presentado por el estudiante: **Marvin Alexander Aguilar Martínez** con CIF 2019011246, de la Carrera: **Maestría en Salud Pública**.

Estando presente el interesado y la Comisión Evaluadora, se procedió a dar cumplimiento a lo estipulado en el Reglamento de Graduación, habiendo llegado la Comisión, después del interrogatorio y las deliberaciones correspondientes, a pronunciarse por la calificación de:

9.30 Nueve punto treinta

Brindando el Dictamen de: \_\_\_\_\_ Aprobado \_\_\_\_\_

**Dr. Carlos Hernández Ávila**  
**Presidente**  
Comisión Evaluadora

**Dra. Susana de Villalobos**  
**Secretaria**  
Comisión Evaluadora

**Dra. Claudia Suárez**  
**Vocal**  
Comisión Evaluadora

**Marvin Alexander Aguilar Martínez**  
**Estudiante**  
Maestría en Salud Pública

### MISIÓN

“Formar profesionales con excelencia académica, conscientes del servicio a sus semejantes y con una ética cristiana basada en las Sagradas Escrituras para responder a las necesidades y cambios de la sociedad”.

### VISIÓN

“Ser la institución de educación superior, líder regional por su excelencia académica e innovación científica y tecnológica; reconocida por su naturaleza y práctica cristiana”.

AFILIADA A



Unión de Universidades de América Latina y el Caribe



“EDUCACIÓN DE CALIDAD, CON VALORES CRISTIANOS”

Prolongación Alameda Juan Pablo II, Calle El Carmen, San Antonio Abad.

Apartado Postal 1789, San Salvador, El Salvador, C.A.

PBX: 2275-4000, Fax: 2275-4040, Web Site: [www.uees.edu.sv](http://www.uees.edu.sv)

[/ueesoficial](#) [@ueesoficial](#) [ueesoficial](#)



Se hace constar que el proceso de Seminario de Especialización titulado:

## **"ANÁLISIS DE COSTOS DEL PROGRAMA CUIDADOS PALIATIVOS, COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS DE UNA ASEGURADORA EN EL SALVADOR, ENERO – DICIEMBRE 2020"**

Presentado por el estudiante: **Odir Humberto Vindel Cruz** con CIF 2019011236,  
de la Carrera: **Maestría en Salud Pública.**

Estando presente el interesado y la Comisión Evaluadora, se procedió a dar cumplimiento a lo estipulado en el Reglamento de Graduación, habiendo llegado la Comisión, después del interrogatorio y las deliberaciones correspondientes, a pronunciarse por la calificación de:

### MISSION

"Formar profesionales con excelencia académica, conscientes del servicio a sus semejantes y con una ética cristiana basada en las Sagradas Escrituras para responder a las necesidades y cambios de la sociedad".

9.30 Nueve punto treinta

Brindando el Dictamen de:

Aprobado

**Dr. Carlos Hernández Ávila**  
**Presidente**  
Comisión Evaluadora

**Dra. Susana de Villalobos**  
**Secretaria**  
Comisión Evaluadora

### VISION

"Ser la institución de educación superior, líder regional por su excelencia académica e innovación científica y tecnológica; reconocida por su naturaleza y práctica cristiana".

**Dra. Claudia Suárez**  
**Vocal**  
Comisión Evaluadora

**Odir Humberto Vindel Cruz**  
**Estudiante**  
Maestría en Salud Pública

AFILIADA A



Unión de Universidades de  
América Latina y el Caribe



"EDUCACIÓN DE CALIDAD, CON VALORES CRISTIANOS"

Prolongación Alameda Juan Pablo II, Calle El Carmen, San Antonio Abad,  
Apartado Postal 1789, San Salvador, El Salvador, C.A.  
PBX: 2275-4000, Fax: 2275-4040, Web Site: www.uees.edu.sv



## CARTA DE AUTORIZACIÓN

Nosotros Marvin Alexander Aguilar Martínez con DUI 04209303-1 y Odir Humberto Vindel Cruz con DUI 04212770-9, alumnos de la Carrera de Maestría en Salud Pública, de la Universidad Evangélica de El Salvador,

### Manifestamos:

- 6) Que somos los autores del proyecto de graduación: ANÁLISIS DE COSTOS DEL PROGRAMA CUIDADOS PALIATIVOS, COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS DE UNA ASEGURADORA EN EL SALVADOR, ENERO – DICIEMBRE 2020. (en adelante, obra) presentado como finalización de la(s) carrera(s) Maestría en Salud Pública, dirigido por el Asesor Dra. Claudia María Suárez Ramírez de la Facultad Escuela de Postgrados de la Universidad Evangélica de El Salvador.
- 7) Que la obra es una obra original y que no infringe los derechos de propiedad intelectual ni los derechos de publicidad, comerciales de propiedad industrial o de otros, y que no constituye una difamación, ni una invasión de la privacidad o de la intimidad, ni cualquier injuria hacia terceros.
- 8) Que la obra no infringe los derechos de propiedad intelectual de terceros, responsabilizándome ante la Universidad en cualquier reclamación que se pueda hacer en este sentido.
- 9) Que estamos debidamente legitimados para autorizar la divulgación de la obra mediante las condiciones de la licencia de Creative Commons:

- Reconocimiento (cc by)
- Reconocimiento-Compartir (cc by-sa)
- Reconocimiento-SinObraDerivada (cc by-nd)
- Reconocimiento-No comercial (cc by-nc)

Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual (cc by-nc-sa)  
 Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada (cc by-nc-nd) de  
acuerdo con la legalidad vigente.

10) Que conocemos y aceptamos las condiciones de preservación y difusión de la Red de Bibliotecas de universitarias.

**Por tanto, Solicitamos:**

Que la obra quede depositada en las condiciones establecidas anteriormente, en el Catálogo de la Web de Biblioteca y Repositorios pertinentes, y en consecuencia aceptamos se publique bajo la licencia antes expuesta y con una vigencia igual a la de los derechos de autor.

Firman



Marvin Alexander Aguilar Martínez



Odir Humberto Vindel Cruz

San Salvador, 08 de septiembre de 2021

# CONTENIDO

<b>CONTENIDO</b> .....	<b>I</b>
<b>AGRADECIMIENTOS</b> .....	<b>III</b>
<b>GLOSARIO</b> .....	<b>IV</b>
<b>RESUMEN</b> .....	<b>VII</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>VIII</b>
<b>CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	<b>1</b>
A. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	1
B. ENUNCIADO DEL PROBLEMA.....	4
C. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	5
D. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN.....	6
E. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	8
<b>CAPÍTULO II. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA</b> .....	<b>11</b>
1. CUIDADOS PALIATIVOS.....	11
1.1. ENFERMEDADES CRÓNICAS Y CRONICIDAD AVANZADA.....	11
1.2. DEFINICIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS.....	13
1.3. DIAGNÓSTICOS ELEGIBLES PARA CUIDADOS PALIATIVOS.....	14
1.3.1. NECPAL.....	15
1.3.2. Criterios de McNamara.....	16
1.3.3. Escala del estado funcional de Karnofsky.....	17
1.4. PROGRAMA DE CUIDADOS PALIATIVOS.....	17
1.4.1. Beneficios que otorga el seguro de gastos médicos.....	18
2. ATENCIÓN PALIATIVA DOMICILIAR.....	19
2.1. Antecedentes internacionales sobre cuidados paliativos domiciliarios.....	20
2.2. Antecedentes cuidados paliativos en el sector asegurador internacional.....	20
2.3. Antecedentes sobre cuidados paliativos en El Salvador.....	21
2.4. Cuidados paliativos en el sector asegurador en El Salvador.....	22
3. EQUIPO INTERDISCIPLINARIO EN CUIDADOS PALIATIVOS.....	23
3.1. Actores clave en la prestación de cuidados paliativos domiciliarios.....	23
3.2. Gestión estratégica del programa de cuidados paliativos domiciliarios.....	24
4. ANÁLISIS DE COSTOS.....	26
<b>CAPÍTULO III. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....	<b>30</b>
A) ENFOQUE Y TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	30
B) SUJETO Y OBJETO DE ESTUDIO.....	30
a. Unidades de análisis.....	30
b. Variables e indicadores.....	31
<b>DEFINICIÓN DE CENTROS DE COSTOS</b> .....	<b>35</b>
C) TÉCNICAS, MATERIALES E INSTRUMENTOS.....	40
a. Técnicas y procedimientos para la recopilación de la información.....	40
b. Instrumentos de registro y medición.....	41
D) ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	42
<b>CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN</b> .....	<b>43</b>
A. RESULTADOS.....	43



B. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	66
<b>CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENCACIONES .....</b>	<b>70</b>
CONCLUSIONES .....	70
RECOMENDACIONES .....	73
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>75</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>80</b>

## **AGRADECIMIENTOS**

A nuestra asesora Dra. Claudia María Suárez Ramirez, quien confió en nosotros y con sus conocimientos nos apoyó durante todo el proceso de investigación y nos orientó para lograr los mejores resultados.

A la Compañía Aseguradora donde se realizó el estudio, por tener la apertura y permitirnos el desarrollo de la investigación sin dificultades.

A mi familia por animarme a seguir adelante y en especial a mi madre por estar conmigo en todo momento, por su incondicional apoyo.

Principalmente a Dios por darme el entendimiento y permitirme llegar a la culminación de esta etapa académica. Todo se lo debo a Él.

**Marvin Alexander Aguilar Martínez**

A nuestra asesora Dra. Claudia María Suárez Ramirez, quien nos brindó apoyo y compartió sus conocimientos durante el desarrollo del proceso de investigación y a su vez nos brindó palabras de confianza para continuar con el estudio.

A la Compañía Aseguradora donde se efectuó el estudio, a las personas encargadas de velar por la integridad de la institución, quienes brindaron las herramientas e información para poder desarrollar la investigación.

A mi familia por ser esa base incondicional y fundamental para mi desarrollo, quienes día a día me brindaban palabras de aliento para poder continuar en este camino de desarrollo personal.

Principalmente agradecer a todas las personas que han confiado en mí, quienes también a través de sus oraciones interceden durante este camino lo cual me ha permitido poder finalizar este proceso académico.

**Odir Humberto Vindel Cruz**

## GLOSARIO

1. **Área de cobertura:** zona geográfica en la que la persona asegurada puede tener acceso a atención sanitaria como cobertura de la compañía aseguradora; esta puede ser centroamericana o mundial.
2. **Asegurado:** persona que en sí misma está expuesta al riesgo y quien recibe la cobertura por los efectos de dichos riesgos sobre su salud.
3. **Atlas de cuidados paliativos:** clasificación de los países según el grado de integración de los cuidados paliativos.
4. **Centros de costos:** unidad lógica del trabajo de costos, caracterizada por representar una actividad relativamente homogénea con una clara definición de autoridad y en la cual se acumulan gastos.
5. **CIE-10:** clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición; determina la clasificación y codificación internacional de las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, circunstancias sociales y causas externas de daños y/o enfermedad.
6. **Coaseguro:** porcentaje de participación económica del asegurado al momento de recibir un servicio sanitario bajo la cobertura de la póliza de seguro; generalmente es el 20% del costo del servicio recibido.
7. **Clausulado:** conjunto de disposiciones definidas en la póliza de seguro que establecen condiciones, coberturas, excepciones, entre otras características relacionadas con el seguro.
8. **Cobertura:** protección del seguro sobre el asegurado, con base en acuerdos contractuales.
9. **Compañía aseguradora:** institución financiera que, mediante la formalización de un contrato de seguro, asume las consecuencias producidas por un evento cuyo riesgo es objeto de cobertura.
10. **Costos directos:** se asocian plenamente a servicios que se están ejecutando; costos de los servicios y otras obligaciones que puedan asociarse de forma directa a la actividad de atención a los pacientes.

11. **Costos indirectos:** constituyen gastos o partes de gastos que no pueden asociarse de manera directa a la ejecución de la atención al paciente y por regla general, se originan en otras áreas organizativas que apoyan las acciones de los que lo reciben.
12. **Costos promedio:** es el costo de atención por servicio brindado a los pacientes.
13. **Cuidados paliativos:** medidas médico-sociales, las cuales tienen como principal fin generar tranquilidad a las personas que se encuentran al final de la vida
14. **Cuidados paliativos domiciliarios:** prestación de atención paliativa del paciente con enfermedad crónica avanzada, que se brinda en el lugar de residencia del paciente mismo.
15. **Cuidados paliativos hospitalarios:** prestación de atención paliativa del paciente con enfermedad crónica avanzada, que se brinda en las instalaciones de una institución sanitaria legalmente establecida.
16. **Deducible:** suma o porcentaje previamente establecido dentro de las condiciones de la póliza, que no será reconocido al momento de indemnizar una pérdida; monto fijo que asegurado debe asumir por año de vigencia de la póliza.
17. **Enfermedad crónica:** enfermedad de larga duración, de lenta progresión y no transmisible.
18. **Enfermedad crónica avanzada:** afección de duración prolongada, que ha progresado lentamente hasta desarrollar un marcado deterioro del organismo, con escasa respuesta a tratamientos convencionales y disminución de la capacidad funcional del individuo.
19. **Enfermedad crónica compleja:** afección en la que los tratamientos convencionales ya no son efectivos para la curación o mejoría de los síntomas de los pacientes y que presentan un pronóstico limitado de vida.
20. **Expediente clínico:** información médica generada a partir de la atención médica recibida por el paciente, que incluye notas médicas, resultados de estudios, indicaciones de tratamiento y todos aquellos documentos relevantes en el manejo clínico de un paciente.
21. **Gasto de bolsillo:** pago directo de las personas en el momento que utilizan alguna prestación de salud.

22. **Informe de gasto anual:** reporte de gastos incurridos por un asegurado a partir de la prestación de servicios sanitarios recibidos durante el periodo de un año calendario.
23. **Máximo vitalicio:** suma de dinero máxima disponible para la cobertura de gastos médicos desde la celebración del contrato de seguro.
24. **Metodología de Gestión Productiva de Servicios de Salud:** herramienta utilizada para el análisis de costos en salud, la cual se basa en la aplicación de centros de costos de una institución prestadora de servicios de salud, o de un programa en particular, proporcionando los insumos para la toma de decisiones orientada a generar estrategias que permitan la utilización más eficiente de los recursos con que cuentan las instituciones de salud.
25. **Multimorbilidad:** presencia de dos o más enfermedades crónicas en una persona.
26. **NECPAL:** instrumento avalado que permite identificar a los pacientes crónicos en situación de enfermedad avanzada con necesidades paliativas.
27. **Póliza de seguro:** documento o contrato, en el que se reflejan las condiciones que de forma general, particular o especial regulan las relaciones contractuales convenidas entre el asegurador y el asegurado
28. **Red Médica:** conjunto de profesionales e instituciones prestadoras de servicios de salud, articulados para la atención de los pacientes asegurados y que se encuentran bajo la coordinación de la compañía aseguradora.
29. **SISE:** sistema Integral para las compañías de Seguros: sistema informático utilizado para la administración integral de información en la compañía aseguradora.
30. **Tipo de póliza:** constitución de contrato de seguro determinada por quién es el pagador, ya sea persona natural o jurídica; puede ser individual o colectiva.

## RESUMEN

Los modelos de atención en salud han experimentado un desarrollo desigual entre las diferentes regiones y países, procurando satisfacer las necesidades sanitarias igualmente cambiantes. El incremento en la población con enfermedades crónicas avanzadas ha dado lugar a un mayor auge a la prestación de cuidados paliativos tanto a nivel hospitalario como domiciliario. En El Salvador, entre las principales causas de muerte se encuentran la Insuficiencia Renal y el cáncer, ambas con necesidad de cuidados paliativos; sin embargo, este tipo de atenciones se ha visto limitado por no contar con suficientes recursos para su funcionamiento. Por lo que se vio la necesidad de realizar un análisis de costos de un programa de cuidados paliativos de una aseguradora en el país, a partir del desarrollo de un estudio de tipo cuantitativo, observacional, descriptivo, de corte transversal retrospectivo, aplicando la Metodología de Gestión Productiva de los Servicios de Salud. Evidenciándose que las enfermedades crónicas complejas con necesidad de cuidados paliativos representan el 16% de la población estudiada, habiendo un predominio del sexo femenino en las edades más avanzadas. Siendo la multimorbilidad la principal causa de necesidad de este tipo de servicios, predominando los costos generados por la especialidad de medicina interna en la atención domiciliar a diferencia de la hospitalaria en la que los mayores costos son a partir de la especialidad de cirugía. En cuanto a los costos indirectos, el rubro de servicios administrativos representa un mayor porcentaje en la atención hospitalaria, encareciendo las atenciones en esta modalidad de cuidados paliativos.

**Palabras clave:** Análisis de costos, Atención Paliativa domiciliare, Compañía aseguradora, Enfermedades crónicas avanzadas.

## INTRODUCCIÓN

El ser humano desde sus orígenes se ha adaptado a las condiciones del ambiente en que se desenvuelve, e incluso no sólo adaptarse sino transformar el entorno a su conveniencia para poder satisfacer sus necesidades. A lo largo de la historia ha sido de gran relevancia el binomio salud y economía, pues se ha demostrado la interdependencia de estos pilares para el desarrollo de la humanidad; no obstante, este desarrollo también ha afectado las condiciones del entorno en que se desenvuelve el ser humano, influyendo directa o indirectamente sobre la salud de las personas, originándose nuevas enfermedades o agravando muchas de las ya existentes.

En relación con lo anterior, a nivel mundial en las últimas décadas se ha evidenciado un incremento en el número de personas con diagnóstico de enfermedades crónicas, lo cual implica la necesidad de la reorganización de los servicios de salud; en este contexto el presente trabajo hace un recorrido del marco referencial de la conceptualización de enfermedades crónicas, la estratificación del riesgo, y la tipificación del nivel de cronicidad, dado este contexto se analizaron los expedientes clínicos de un grupo de pacientes con enfermedades crónicas tipificadas como crónicas complejas, que a partir de la escala de NECPAL cumplieron con criterios para ingresar a un programa de cuidados paliativos.

En vista de lo antes expuesto se consideró necesario realizar un análisis del costo de este tipo de atenciones, puesto que representa un incremento en la erogación de recursos financieros a nivel de los servicios de salud públicos y privados; para el caso específico de este estudio, se efectuó una revisión del costo estimado en el sistema público y un análisis del costo de este programa a nivel privado puesto que representa una de las prestaciones del seguro de gastos médicos de una aseguradora con sede en El Salvador.

Ante el desarrollo de estas nuevas estrategias, la Salud Pública tiene como uno de sus principales retos de garantizar la atención integral de las personas con los recursos disponibles, por lo que se vuelve necesario profundizar en el estudio de las diferentes áreas y sectores de la salud.

En el capítulo I, se describe la situación actual de la problemática estudiada, evidenciando el surgimiento de estrategias de atención a la población con enfermedades crónicas avanzadas, frente a la creciente necesidad de alternativas efectivas a menores costos; planteándose como objetivo analizar los costos del programa cuidados paliativos como cobertura de gastos médicos de una aseguradora en El Salvador, tomando en cuenta la limitada producción científica en esta área y con la finalidad de profundizar en este tipo de estudios para mejorar la oferta de servicios de los sectores público y privado de la salud en el país.

La fundamentación teórica se desarrolla en el capítulo II; en este se definen los cuidados paliativos y se describen las diversas modalidades de atención en esta área, tomando en cuenta los criterios de la escala de NECPAL, para la evaluación de los pacientes aptos para este tipo de cuidados. Se muestra una perspectiva sobre el desarrollo internacional, regional y local de los cuidados paliativos, y se presenta de qué manera la compañía aseguradora donde se realiza el estudio ejecuta el programa de cuidados paliativos. Considerando también diversos análisis de costos que se han tomado como punto de partida en diferentes países e instituciones para el desarrollo de este tipo de estrategias.

La metodología de investigación descrita en el capítulo III, aborda el estudio a realizar de tipo cuantitativo, observacional, descriptivo, de corte transversal retrospectivo; tomando en cuenta a toda la población asegurada con enfermedades crónicas avanzadas, que han sido atendidas durante el periodo de estudio. Además, se definen los criterios de inclusión y exclusión del estudio, describiendo las variables que se consideraron para la recolección y análisis de información, a través de los instrumentos diseñados para tal fin y con la utilización de programas informáticos y sistemas estadísticos.

En este capítulo se describe la Metodología de Gestión Productiva de los Servicios de Salud, la cual es aplicada para efectuar el análisis de los costos, describiéndose cuáles son los diferentes centros de producción con su respectiva clasificación; utilizándose las plantillas para recolección de datos ya definidas por dicha metodología.

Además, en el capítulo IV se muestra el análisis de la información; en un primer momento se presentan los resultados obtenidos a manera de tablas y gráficos con valores absolutos y relativos; estos distribuidos en 4 secciones, la primera que muestra los



resultados relacionados con la información propia de las pólizas de seguros y los datos epidemiológicos de la población en estudio, luego se presentan los costos de la atención paliativa domiciliar, seguidos por los costos de la atención paliativa hospitalaria y finalmente la comparación de costos entre ambas modalidades de atención.

Posteriormente se realiza una discusión de los resultados relevantes en el desarrollo de la investigación, tomando en cuenta el conocimiento generado en otras investigaciones sobre cuidados paliativos y estudios de costos, fortalecido sobre una base científica para validar la importancia el presente análisis.

Las conclusiones se presentan en el capítulo V, haciendo énfasis en los principales resultados y dando respuesta a los objetivos planteados al inicio de la investigación. A partir de estas conclusiones, se plantean una serie de recomendaciones dirigidas hacia diferentes actores para propiciar el desarrollo de nuevos estudios con evidencia científica sobre esta temática y a la vez plantear estrategias de atención paliativa orientadas a los pacientes con enfermedades crónicas complejas.

## **CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **A. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.**

El cuidado de la salud y las herramientas que facilitan brindar las prestaciones de los servicios sanitarios, han experimentado grandes cambios a lo largo del tiempo según la necesidad del ser humano, adoptando nuevos modelos de atención para poder satisfacer cada una de las demandas de la población. A nivel mundial, las prestaciones de servicios de salud han cursado un desarrollo desigual entre las diferentes regiones y países, haciendo evidentes las carencias existentes en los diferentes modelos de sistemas sanitarios.

En relación con esto y tomando en cuenta la prevalencia de pacientes con enfermedades crónicas que requieren de atención paliativa, el Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica clasifica los países según el grado de integración de los cuidados paliativos, encontrándose en el grupo 1 (sin actividad de cuidados paliativos) 75 países, representando el 32%; mientras que en el grupo 4b (integración avanzada de cuidados paliativos con otros servicios del sistema nacional de salud) se encuentran 20 países a nivel mundial, representando solamente el 8%. (1)

En la región Latinoamericana la oferta de este tipo de servicios se puede ver limitada por factores políticos, económicos, culturales y sociales; la organización de los sistemas sanitarios representa una parte importante de la influencia en las prestaciones de servicios de cuidados paliativos, pues los sistemas de salud en su mayoría se enfocan en una atención curativa y dedican poco o nada de sus esfuerzos a la atención preventiva para la población en general, además de la falta de políticas y programas que contribuyan a mejorar la calidad de vida para grupos afectados por enfermedades crónicas avanzadas.

En este sentido, en el Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica, se detalla que para el 2012, existía un total de 922 servicios en toda la región, lo que significa 1.63 servicios de Cuidados Paliativos por millón de habitantes (mill. de hab.). De éstos, Chile tiene la mayor cantidad de servicios en números absolutos (277 servicios) y porcentual (30% de

servicios de la región), aunque no todos los servicios reportados cuentan con un especialista de Cuidados Paliativos. El 46% (Argentina y Chile) de los servicios de Cuidados Paliativos existentes en la región asisten al 10% de la población. Mientras que, a nivel centroamericano, el rango va de 16.06 en Costa Rica a 0.24 servicios/mill. de hab. en Honduras. (1)

En El Salvador se cuenta con el Instituto Nacional de Salud, el cual en colaboración con otras instituciones se dedican a la vigilancia y monitoreo constante de los diferentes factores que afectan de manera directa e indirecta la salud de los salvadoreños; en el año 2015 se presentaron los resultados de la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ENECA) en la población adulta, a través de la cual se evidencia un incremento de estas en el país, siendo las de mayor prevalencia Enfermedad Renal Crónica, Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial. (2)

En el país las cuatro principales causas de muerte identificadas en 2013 fueron insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal, accidentes cerebrovasculares y cáncer; todas ellas de evolución crónica y con un pronóstico terminal a mediano o largo plazo, que condicionan la calidad de vida de las personas, sobre todo cuando no reciben una atención adecuada y oportuna que responda a sus necesidades. (3)

Cada una de estas enfermedades se ven condicionadas por factores externos como lo es el entorno social, económico, educación, cultural, entre otros, lo que hace necesario el desarrollar una estratificación del riesgo y tipificación de la enfermedad, puesto que en los últimos años estos pacientes con enfermedad crónica requieren de la provisión de los servicios de cuidados paliativos; en este escenario el Ministerio de Salud en el año 2013 inicia el proceso de creación de las clínicas del dolor y cuidados paliativos, mientras que el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) en el año 2019 asignó un nuevo proyecto de creación de otra unidad de cuidados paliativos en el Hospital La Ceiba, el cual ante la coyuntura en salud pública que se presentó durante el año 2020 mantiene en pausa la apertura para la atención de estas personas, por lo pronto dichas iniciativas representan un proceso incipiente ante la necesidad de la población. (4)

Con el fin de dar respuesta a la problemática, el Ministerio de Salud desarrolló con apoyo del Hospital Divina Providencia en el año 2013, un proyecto para la creación de Clínicas del Dolor y Cuidados Paliativos en seis hospitales nacionales (Hospital San Juan de Dios San Miguel, Hospital San Juan de Dios Santa Ana, Hospital San Rafael, Hospital de la Mujer, Hospital Rosales y Hospital de niños Benjamín Bloom), con este proyecto se capacitaron a cincuenta profesionales, entre ellos, médicos, enfermeras, psiquiatras, farmacéuticos, trabajadores sociales y psicólogos. (5)

A pesar de los importantes avances médicos, la atención adecuada al creciente número de adultos mayores, pacientes con enfermedades crónicas avanzadas, sigue representando un importante reto para la salud pública. Muchos de estos pacientes experimentarán una etapa terminal de su enfermedad, caracterizada por un cuadro de sufrimiento y una alta demanda asistencial de atención especializada en diversas áreas y particularmente en cuidados paliativos.

Debido a la elevada incidencia y prevalencia de pacientes con enfermedades en estado avanzado que requieren cuidados paliativos, surge un incremento de los costos en salud tanto para servicios de salud públicos y privados, así como el gasto de bolsillo para el paciente mismo; todo esto sumado a una serie de factores externos que influyen en la calidad de vida de los pacientes y sus familias e incluso la falta de leyes que regulen o definan la prestación de servicios para este grupo poblacional.

Actualmente no se cuenta con la infraestructura ni los recursos designados específicamente para brindar cobertura a toda la demanda de estos servicios; por tal motivo, algunos sectores de la población con mayor capacidad adquisitiva optan por acudir a servicios de salud del sector privado, para recibir atención de manera oportuna y que dé respuesta a sus requerimientos en salud.

Estas instituciones sanitarias privadas cuentan con la infraestructura, la tecnología y los recursos para brindar atención a pacientes que solicitan este tipo de servicios; sin embargo, el costo de éstos lo asume el paciente, representando un mayor gasto de bolsillo en salud; por lo que, con frecuencia para la prestación de atenciones en cuidados paliativos, estas instituciones sanitarias se encuentran en coordinación con compañías de seguros médicos, las cuales asumen gran parte de los costos.

Como consecuencia del costo elevado que representa la atención en cuidados paliativos para el Estado en los servicios públicos y para el paciente en las instituciones privadas, surge la necesidad de transformar el enfoque del tratamiento, pasando de ser intrahospitalario a darle una mayor relevancia a la atención domiciliar, favoreciendo la calidad de vida de estos al permitirles estar en su entorno de apoyo familiar y disminuir los costos de estos cuidados, a través de un equipo multidisciplinario que atienda y dé seguimiento a estos pacientes.

El costo de inversión que los servicios de salud requieren realizar se ve incrementada por costo administrativo, encareciendo los servicios a este nivel; sin embargo, al hablar de cuidados domiciliares estos se reducirán significativamente; los costos presentaran una variación en relación a la enfermedad y el estado del paciente de manera general, mientras que las actividades administrativas de la atención domiciliar se enfocaran en la parte operativa en relación con la coordinación del equipo interdisciplinario, dando además la oportunidad de integración a la familia para poder contribuir de manera directa al cuidado y bienestar del paciente. (6)

En el país existen limitados estudios de análisis de costos relacionados a programas de cuidados paliativos a través de atención domiciliar, que permitan identificar el costo de atención y el impacto en términos de costo efectividad de la intervención, vinculado al mejoramiento de la calidad de vida.

## **B. ENUNCIADO DEL PROBLEMA**

¿Cuál es el costo del programa de cuidados paliativos, como parte de la cobertura de gastos médicos en una aseguradora de El Salvador?

## **C. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **a. GENERAL**

Analizar los costos del programa cuidados paliativos, cobertura de gastos médicos de una aseguradora en El Salvador, enero – diciembre 2020

### **b. ESPECÍFICOS**

- Caracterizar el paciente que requiere de cuidados paliativos.
- Describir la cobertura de gastos médicos para pacientes con enfermedades crónicas.
- Describir el costo de atención del paciente con enfermedad crónica que requiere de cuidados paliativos a nivel hospitalario y atención domiciliar.
- Comparar los costos de atención paliativa a nivel hospitalario y domiciliar.

## **D. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN**

El ser humano a lo largo de la historia se ha enfrentado a una serie de fenómenos que alteran el proceso salud enfermedad, que le ha condicionado su capacidad para desenvolverse como individuo independiente y limitando su desarrollo en diversos aspectos de la vida. Estas alteraciones del proceso salud enfermedad son muy variados, entre ellos las enfermedades crónico degenerativas y aquellas que llevan a una etapa crítica al final de la vida, generando necesidades de cuidados especiales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a los cuidados paliativos como un planteamiento que mejora la calidad de vida de los pacientes (adultos y niños) y sus allegados cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal. Previenen y alivian el sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento correcto del dolor y otros problemas, sean estos de orden físico, psicosocial o espiritual. (7)

La necesidad de cuidados paliativos en El Salvador se ha incrementado en los últimos años, y la satisfacción de las necesidades del grupo poblacional afectado se ve limitado por diversos factores, desde lo económico hasta lo social y lo político. Uno de los factores que influyen directamente es la organización del sistema de salud, que en el país es segmentado y fragmentado, siendo el sector público el que brinda atención a más del 85% de la población, no teniendo la capacidad de respuesta ante la demanda de los servicios de salud.

Por otra parte, en el sector privado se brinda atención a un segmento poblacional más reducido, que además posee una mayor capacidad económica para el acceso a los servicios de salud; este acceso puede efectuarse a partir de coordinación con otras instituciones, como lo son las compañías de aseguradoras en el país, que a través de sus productos ofrecen pólizas de seguros médicos privados, que, a pesar de representar un gasto de bolsillo para el paciente, aminora en cierta medida el impacto económico frente a servicios altamente especializados y con costos elevados.

Como parte de los servicios que ofrecen los seguros médicos privados, se encuentran una serie de programas que pretenden proporcionar bienestar a la población que

atienden; uno de estos programas es el de cuidados paliativos domiciliarios, que busca generar una atención más personalizada al paciente en su domicilio, siendo condiciones menos estresantes que en las instituciones hospitalarias tanto públicas como privadas, y con diferencias en los tiempos de atención y sus costos, propiciando un entorno más humano en compañía del grupo familiar.



## E. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Las enfermedades crónicas avanzadas constituyen un problema de salud pública ya que cada vez son más frecuente a nivel mundial, afectando diferentes grupos de edades de acuerdo al tipo de afección; esto se encuentra en relación con una serie de elementos tanto propios del individuo, así como aspectos socioeconómicos de los países, entre los cuales se pueden mencionar el aumento de la esperanza de vida, el incremento de factores cancerígenos en los productos de consumo humano y, no menos importante, la adopción de estilos de vida poco saludables desde temprana edad.

Este incremento en la incidencia de enfermedades en estadios avanzados, representa una mayor demanda para las prestaciones de servicios sanitarios, requiriendo una ampliación en las inversiones de los Estados para la atención de las mismas o representando un mayor gasto de bolsillo para las personas, teniendo en cuenta que con la transición de la concepción de oncológico y no oncológico a un abordaje más integral del paciente con enfermedad crónica avanzada las acciones que se deben emplear a través de la salud pública deben enfocarse en la medicina preventiva. (8)

No obstante, en los últimos años ha tomado mayor auge la atención no hospitalaria de los pacientes con este tipo de enfermedades, sobre todo aquellos en los que las opciones terapéuticas se han vuelto limitadas y lo que se pretende es brindar, en la medida de lo posible, una mejor calidad de vida en sus estadios avanzados, siendo este tipo de atención conocida como cuidados paliativos domiciliarios.

Los cuidados paliativos domiciliarios han sido diseñados como una estrategia que permita brindar atención integral a los pacientes en mejores condiciones, un ambiente familiar, menos estresante en comparación con la atención hospitalaria y sin llevar los costos a valores tan elevados. Este tipo de atención está siendo implementada en diversos países, algunos como parte de programas del sistema público de salud, mientras que en otros como parte de programas de instituciones privadas y compañías de seguros médicos.

En El Salvador, si bien es cierto que se han creado las clínicas del dolor en los principales hospitales del país, el sistema público de salud no cuenta con una infraestructura propia para la prestación de cuidados paliativos, además de no contar con los recursos necesarios para brindar dichos servicios. A raíz de estas dificultades, para el año 2013 el ISSS definió una estrategia ante la necesidad y demanda del paciente que requerían de este tipo de cuidados, firmando un convenio con un grupo de religiosa que permitió ampliar el portafolio de servicio de esta institución, brindando atención paliativa a los derechohabientes que lo requirieran.

Con el paso del tiempo algunas instituciones y profesionales de la salud del sector privado, han tratado de alguna manera poder brindar cuidados paliativos domiciliarios a pacientes con enfermedades oncológicas con esperanza de vida limitada a corto plazo, en cuyos casos los pacientes deben asumir la totalidad de los costos, representado esto un elevado gasto de bolsillo para población.

La Superintendencia del Sistema Financiero en El Salvador, realiza un monitoreo de las afecciones más comúnmente cubiertas por las compañías aseguradoras en el país, señalando que el cáncer es la tercera condición a la que dan respaldo entre su población asegurada, representando elevados costos tanto para la institución como para el asegurado, considerando que éste debe asumir un porcentaje de los gastos incurridos.

(9)

En el país, representa un desafío contar con análisis de costos desde el ámbito del sistema público de salud relacionados con los cuidados paliativos, tanto a nivel hospitalario como domiciliarios, por lo que es importante poder profundizar en este campo con el propósito de generar conocimientos más amplios sobre los beneficios que representa esta alternativa en el manejo de pacientes con opciones terapéuticas limitadas, para quienes la hospitalización en sí misma representa estrés o ansiedad, además de los efectos negativos que puede generar sobre su núcleo familiar.

También, el conocimiento que se genera sobre los costos que representan los cuidados paliativos domiciliarios, permite efectuar comparaciones con los costos de la atención hospitalaria de estos pacientes, dando lugar al diseño de estrategias que les

proporcionen una mejor calidad de vida y generando una optimización de los recursos disponibles.

Los resultados obtenidos, representan un insumo para el desarrollo de nuevas investigaciones tanto en el campo de la economía de la salud como en lo relacionado a los cuidados paliativos domiciliarios, estudios que serán de utilidad no solamente para el sector privado, sino también para el sector público de la salud, pues servirán como punto de partida para diseñar nuevas estrategias de atención para este grupo poblacional, con lo cual permitirá brindar servicios integrales y optimizar los limitados recursos con que cuenta el Estado.

## **CAPÍTULO II. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**

### **1. Cuidados paliativos.**

#### **1.1. Enfermedades crónicas y cronicidad avanzada.**

El incremento en la esperanza de vida es uno de los logros más significativos de la Salud Pública en las últimas décadas, como resultado de la transformación en la prestación de servicios, basándose en la Atención Primaria en Salud y teniendo un enfoque más social que proporcione mejores condiciones de salud a las poblaciones.

De acuerdo con la Encuesta de Hogares con Propósitos Múltiples en EL Salvador para el 2019, la población ascendía a 6,704,864 habitantes, de los cuales el 9.9% correspondía a la población de 65 años de edad o más (663,781 personas), con una razón de masculinidad de 0.89. Según proyecciones, hacia el año 2050, en el país la población llegará a los 6,933,792 habitantes, con un 16.1% de población por encima de los 65 años de edad (1,116,340 personas). (10)

Lo descrito anteriormente proyecta un incremento del envejecimiento en la población que, asociado a hábitos y estilos de vida poco saludables, acrecientan la vulnerabilidad de la población dando como resultado un aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas, generándose la necesidad de nuevos servicios que respondan a estos problemas de salud.

La OMS define las enfermedades crónicas como aquellas de larga duración, de lenta progresión y no transmisibles; éstas se constituyen actualmente como la principal causa de mortalidad a nivel mundial, asociándose a una serie de condiciones que generan diversos grados de necesidades y demandas debido a la dependencia de los pacientes, la fragilidad clínica y la multimorbilidad, que vuelven su manejo mucho más complejo. (8)

Además, con el incremento de la esperanza de vida y la prevalencia asociada de enfermedades crónicas, se evidencia también una prevalencia mayor del dolor crónico relacionado a diversas morbilidades; según la OMS, el dolor crónico afecta al 31% de la población mundial, de ellos 3,5 millones están vinculados con enfermedades oncológicas. (11,12)

Lo antes expuesto, evidencia la necesidad de cuidados paliativos para los pacientes con diversas enfermedades crónicas avanzadas. No obstante, una dificultad para poder evidenciar la magnitud del problema es que no se cuentan con bases estadísticas confiables relacionadas con este tipo de afecciones.

Es a partir de esto que incluso ha habido una transformación en la concepción del enfermo crónico, pues cada vez es más frecuente observar pacientes con varias enfermedades que, asociadas, incrementan la incapacidad y disminuyen la autonomía del individuo, evidenciándose una relación directa entre la cronicidad, la dependencia y un mayor consumo de recursos sanitarios, siendo este último un factor relevante al buscar la sostenibilidad de los sistemas de salud y a la vez proporcionar bienestar a la población. (8)

Por otro lado, es importante destacar que en los últimos años ha habido una transición en el abordaje de las enfermedades crónicas y la necesidad de atención especializada, ya no considerándose bajo un esquema rígido de pacientes oncológicos y pacientes no oncológicos, sino más bien con una visión holística que busca la atención integral de las necesidades asociadas a la cronicidad de la enfermedad que afecta al paciente independientemente del diagnóstico clínico de base.

Es así que se incorpora el concepto de *enfermedad crónica avanzada*, definida por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) *como aquella afección de duración prolongada, que ha progresado lentamente hasta desarrollar un marcado deterioro del organismo, con escasa respuesta a tratamientos convencionales y disminución de la capacidad funcional del individuo.* (8)

Siendo el enfermo crónico aquel que esté experimentando una enfermedad activa y avanzada con pronóstico limitado de vida, incluyéndose también aquellos con enfermedades de mal pronóstico pero que, sin embargo, el final de la vida no es tan cercano. Para ser abordados como pacientes crónicos avanzados, es necesario considerar criterios como el hecho que tenga un perfil clínico de paciente crónico complejo, que padezca de una enfermedad progresiva y evolutiva, además de la necesidad de atención clínica más amplia. (8)

Todo lo anterior representa un nuevo reto para los gobiernos en general y para los sistemas de salud en particular, pues se vuelve necesario transformar las políticas públicas para ampliar las prestaciones de servicios de salud, y así poder abordar al paciente no de forma aislada por cada enfermedad que padezca, sino de manera integral para que los resultados sean más efectivos, con la visión de atender la cronicidad más allá de un enfoque en el final de la vida; no obstante, un reto mayor es lograr la sostenibilidad de los sistemas de salud al prestar estos servicios que cada vez son más necesarios, pues la prevalencia de este grupo poblacional se incrementa de manera vertiginosa, generando un mayor costo de inversión en salud. (8)

## **1.2. Definición de cuidados paliativos.**

La medicina paliativa o cuidados paliativos, que han sido definidos de diferentes formas por diversas instituciones, surgen inicialmente como respuesta a los pacientes oncológicos, posteriormente se le da un enfoque más amplio y se extiende a los pacientes con enfermedades no oncológicas y, en la actualidad, ya con una concepción más integral de respuesta a pacientes con enfermedades crónicas avanzadas.

Por lo tanto, la medicina paliativa se considera como la atención activa que se brinda no solamente al paciente, sino también a sus familias e incluso la comunidad, en cuyos cuidados se ve involucrado un equipo multidisciplinario que trabajan de manera conjunta, con el propósito de brindar bienestar y mejorar la calidad de vida de los individuos en los que la enfermedad que experimentan ya no responde a tratamientos curativos, limitando su esperanza de vida (13).

La palabra “paliativa” se deriva del vocablo latino “pallium”, cuyo significado es “cubierto”; haciendo alusión a que cuando ya no es posible un tratamiento que cure la enfermedad, entonces se “cubren” algunas de las necesidades del individuo (13). De tal forma que la OMS lo define no solamente como cuidados médicos, sino como medidas médico-sociales, las cuales tienen como principal fin generar tranquilidad a las personas que se encuentran al final de la vida (14).

También es importante conocer lo que significa enfermedad terminal o terminalidad, lo cual es definido por la SECPAL como la “existencia de una enfermedad avanzada,

progresiva e incurable, sin posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico, con un pronóstico de vida limitado, habitualmente inferior a 6 meses, presencia de múltiples síntomas y gran impacto emocional en el/la paciente, la familia y equipo terapéutico” (15,16).

Si bien es cierto, los cuidados paliativos comúnmente son concebidos como las atenciones encaminadas hacia la disminución del dolor del paciente ante enfermedades activas, avanzadas y progresivas (16), su enfoque va más allá, a abordar al paciente de una forma más holística e integral, dando atención a sus necesidades sociales, psicológicas e incluso a las espirituales (13).

Acelerar o posponer la muerte no son parte de los propósitos de los cuidados paliativos, sino más bien afirmar la vida, brindando calidad en los últimos momentos y ayuda a reconocer que la muerte es un proceso normal en el ser humano (13).

Es importante también tomar en cuenta la situación de agonía, que es la etapa quizá más compleja del proceso, pues es cuando ya se evidencia un deterioro físico extremo que se asocia a trastornos del nivel de conciencia, que tiene un pronóstico de vida de días o incluso horas; en este momento los cuidados paliativos tienen una función esencial, sobre todo en generar tranquilidad tanto al paciente como a la familia (15).

En este sentido, es importante no encasillar la atención a curativa o paliativa, sino más bien lograr la integración en las intervenciones de los equipos interdisciplinarios, teniendo como criterio fundamental la complejidad de la condición del paciente, logrando acciones flexibles, que se adapten a las necesidades de cada individuo; para esto, es necesario diseñar estrategias que partan de la integración de los servicios de salud, que haya una gestión adecuada de los recursos, fomente la participación activa de la familia y que oriente hacia la formación constante de profesionales para hacer sostenible la estrategia. (8)

### **1.3. Diagnósticos elegibles para cuidados paliativos.**

Como se ha mencionado anteriormente, los cuidados paliativos están dirigidos a la atención de pacientes con enfermedades crónicas avanzadas y complejas, tanto en las que los tratamientos convencionales ya no son efectivos para la curación o mejoría de

los síntomas de los pacientes, como para aquellos en los que su pronóstico, aunque limitado, no es cercano al final de la vida.

Por lo que para poder determinar cuándo una persona requiere de atención paliativa es necesario tener criterios bien definidos, los cuales van a indicar cuál es el momento oportuno para iniciarlos o para optimizarlos y así contribuir al bienestar del paciente en las etapas avanzadas de la enfermedad. Es así que se han desarrollado e implementado una serie de criterios y escalas para poder valorar al paciente crónico avanzado, con el propósito de la optimización en la prestación de los servicios.

En el ISSS, recientemente se ha empezado a desarrollar una estratificación de riesgo atendiendo a criterios que permitan un mejor seguimiento de los pacientes crónicos, facilitando los mecanismos de referencia, retorno e interconsulta. Esta estratificación clasifica a los pacientes por colores rojo, amarillo o verde según su nivel de riesgo.

### **1.3.1. NECPAL**

El incremento acelerado en la prevalencia de enfermos crónicos avanzados y su consecuente demanda de atención paliativa, ha dado lugar a un mayor interés en el desarrollo de esta área y de diseñar estrategias que la hagan sostenible, desde una adecuada definición de aquellos pacientes con necesidades de este tipo atención, hasta una correcta articulación para la prestación de los servicios por parte de todas las instituciones que intervienen.

De tal manera que se ha diseñado un instrumento avalado que permite identificar a los pacientes crónicos en situación de enfermedad avanzada con necesidades paliativas; este instrumento es NECPAL (Necesidades Paliativas), que ha tenido su mayor aplicación como parte del proyecto NECPAL CCOMS (Centro Colaborador de la OMS para programas públicos de cuidados paliativos) (ver anexos 1 y 2). (17,18)

Este instrumento considera 4 grandes áreas para la evaluación de la condición del paciente con enfermedad crónica avanzada; dichas áreas son 1. La pregunta sorpresa, 2. Elección / Demanda o Necesidad, 3. Indicadores clínicos generales de severidad y progresión, y 4. Indicadores clínicos específicos de severidad y progresión por patologías. Cada una de éstas evalúa diferentes aspectos de la condición del paciente,



desde la parte puramente clínica hasta la dependencia generada a causa de la progresión de la o las enfermedades. (17)

No obstante, este instrumento no es aislado, sino que integra diferentes escalas de valoraciones clínicas y funcionales, algunas específicas para determinadas enfermedades y otras que son aplicables a todos los pacientes independientemente de su diagnóstico; por ejemplo, la escala funcional de Karnofsky, Barthel, la clasificación TNM (Tumor, Nódulo, Metástasis) para enfermedades oncológicas, clasificación de la NYHA (New York Heart Association) para insuficiencia cardiaca, entre otras.

### **1.3.2. Criterios de McNamara**

De acuerdo con algunos oncólogos y paliativistas, a los pacientes oncológicos deben brindárseles cuidados paliativos desde el momento del diagnóstico, paralelamente a los tratamientos médicos; esta necesidad de cuidados paliativos ira variando durante el proceso y según evolucione la enfermedad en cada individuo en particular.

No obstante, para los pacientes con enfermedades no oncológicas, frecuentemente se utilizan los criterios de McNamara para definir quiénes son elegibles para ingresar a algún programa de cuidados paliativos. Según estos criterios, se deben incluir a aquellos pacientes con enfermedades como: insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal, insuficiencia hepática, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Esclerosis Lateral Amiotrófica y enfermedades de la motoneurona, enfermedad de Parkinson, corea de Huntington, Alzheimer y SIDA (19).

Además, para las insuficiencias orgánicas, determina criterios más detallados, los cuales se muestran a continuación (19):

- Insuficiencia Cardiaca: grado IV de la NYHA, a pesar de tratamiento óptimo; FE < 20%; frecuentes descompensaciones.
- Insuficiencia Respiratoria: disnea de reposo sin respuesta al uso de broncodilatadores; FEV1 < 30%; Hipoxemia < 55; Hipercapnia > 50; taquicardia de reposo; agudizaciones frecuentes.
- Insuficiencia Hepática: estadio C de Child; frecuentes descompensaciones.

- Insuficiencia Renal: aclaramiento de creatinina < 10 y creatinina sérica > 8mg/dl, sin indicación de diálisis. Diuresis < 400 ml/d.
- Deterioro cognitivo o ACV: en estadio GDS-FAST 7 (o incluso 6), Barthel 0, Disfagia.

### **1.3.3. Escala del estado funcional de Karnofsky**

Por otro lado, para evaluar la capacidad funcional de un paciente independientemente de su diagnóstico, se utiliza el índice o escala de Karnofsky, siendo una herramienta para la clasificación de los pacientes de acuerdo al deterioro que presenten en su capacidad para desarrollar actividades cotidianas; además, permite hacer proyecciones sobre la evolución del paciente y poder de alguna manera predecir la mortalidad (15).

Inicialmente, hacia el año 1948, se utilizó este índice para la valoración funcional de los pacientes oncológicos que se encontraban en quimioterapia; a partir de ese momento, sus aplicaciones han sido muy variadas en pacientes no oncológicos, pacientes geriátricos, como indicador de calidad de vida en pacientes con enfermedad cerebrovascular e incluso en pacientes con nutrición parenteral (20).

Esta escala proporciona una valoración del 0 al 100, tomando en cuenta la capacidad que el paciente tenga para llevar a cabo diferentes actividades que constituyen el diario vivir del individuo. El puntaje máximo significa que la capacidad funcional del paciente no se ha visto alterada, mientras que conforme va descendiendo el puntaje las limitaciones funcionales son cada vez mayores, considerándose que a partir de un puntaje de 40 y los inferiores a este, el paciente requiere de cuidados paliativos (ver anexo 3) (15).

### **1.4. Programa de cuidados paliativos.**

Los cuidados paliativos surgieron como un modelo de atención en los hospicios (Hospice como se conoce actualmente) en el Reino Unido, donde se atendía a las personas desahuciadas con diagnósticos de enfermedades en fase terminal. Luego este modelo empezó a extenderse a otros países, sobre todo en el continente europeo y en la región norte de América, pero ya no en hospicios, sino que empezó a integrarse como parte de los servicios que se prestaban en las instituciones hospitalarias (21).

Desde el siglo pasado, la esperanza de vida en los países tanto desarrollados como en los que se encuentran en vías de desarrollo ha incrementado, y como efecto de esto una serie de condiciones que son cada vez más incidentes y prevalentes en las poblaciones, como las enfermedades crónicas avanzadas. Esta variación en el perfil epidemiológico con el paso de los años, ha llevado también a un incremento en las tasas de mortalidad relacionadas con estas enfermedades, convirtiéndose en un desafío para los sistemas de salud el brindar atención a estos pacientes en sus etapas finales de vida (22).

La OMS ha considerado la relevancia que tienen los cuidados paliativos para las poblaciones, por lo que desde 1996 considera la atención paliativa como uno de sus tres programas prioritarios, lo que ha sido adoptado por muchos países para desarrollar diversos programas de atención (22).

A partir de esto, se han desarrollado diferentes modelos de provisión en cuidados paliativos para pacientes con enfermedades crónicas avanzadas, permitiendo una mejoría en su calidad de vida. Algunos de los modelos de provisión puestos en marcha en diferentes partes del mundo son: Equipos de Atención Primaria que ofrecen Cuidados Paliativos, Equipos de Soporte Hospitalario, Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria, Unidades de Cuidados Paliativos domiciliarios, Unidades de Cuidados Paliativos de agudos, Unidades de Cuidados Paliativos de media y larga estancia, Servicios de especialidades de los hospitales de agudos, entre otros (21).

En El Salvador la atención paliativa no está muy desarrollada; sin embargo, en el sector asegurador se ha visto la necesidad de diseñar estrategias para la atención paliativa, debido a un evidente incremento de enfermedades crónicas avanzadas en sus asegurados.

#### **1.4.1. Beneficios que otorga el seguro de gastos médicos.**

Ante el evidente incremento de la incidencia de enfermedades oncológicas en el país, lo que se ve reflejado también en la población asegurada, y tomando en cuenta los modelos de prevención e identificación temprana de diferentes tipos de cáncer, la aseguradora brinda beneficios específicos a su población objetivo.

Estos beneficios consisten en el acceso una vez al año sin costo para el paciente a pruebas diagnósticas: citología, mamografía y antígeno prostático (PSA), con el propósito de identificar tempranamente la presencia de algún tipo de neoplasia, considerando que las causas de morbilidad y mortalidad por cáncer más frecuentes en El Salvador son el cáncer cervicouterino y cáncer de mama en la mujer y cáncer de próstata en el hombre.

Además, incursiona en la prestación de nuevos servicios en el sector asegurador, diseñando programas de bienestar como estrategias para contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud de los pacientes con enfermedades crónicas avanzadas, quienes representan una proporción significativa de sus asegurados.

## **2. Atención paliativa domiciliar.**

El principal objetivo de los cuidados paliativos es mejorar la calidad de vida; teniendo en cuenta los beneficios que proporciona a los pacientes estar con sus seres queridos, en un ambiente de tranquilidad en su propio espacio físico, surge entonces los cuidados paliativos domiciliarios como una estrategia para la atención de este tipo de pacientes.

Se debe considerar el hecho que los cuidados paliativos en el domicilio no implican una menor calidad en la atención que se brinde, sino por el contrario, el personal debe tener una preparación específica, no solamente para el cuidado médico, sino que incluya todos los aspectos de la vida, como son lo físico, lo psicológico e incluso lo espiritual; por lo que debe ser un equipo interdisciplinario que brinde los cuidados de manera holística.

Muchos de los pacientes que enfrentan una enfermedad terminal prefieren pasar la etapa final de la vida en sus hogares, al igual que sus familiares conscientes de la fase en que se encuentran eligen la opción de cuidados en el domicilio (23).

Otro de los aspectos fundamentales de los cuidados paliativos domiciliarios es el involucramiento de los familiares del paciente, quienes constituyen un elemento fundamental para mejorar la calidad de vida. Estos cuidados siempre deben estar basados en principios éticos, respetando la autonomía del paciente, buscando la justicia, equidad y procurando la beneficencia además de la no maleficencia en la atención del paciente, encaminados a mantener la integridad familiar (23).

Los beneficios de los cuidados paliativos son múltiples; para el paciente el estar en un ambiente conocido le genera paz, le permite desenvolverse de una mejor manera en la medida de lo posible, incluso desarrollando algunas actividades cotidianas, lo cual también funciona como parte del tratamiento. Por su parte, a la familia le permite una participación más activa en el cuidado, les genera mayor comodidad y cercanía, fortaleciendo también el vínculo que existe entre el paciente y su núcleo.

Por otro lado, en los países donde estos servicios son brindados por el sistema público de salud, representa una disminución significativa de la inversión en la atención a estos pacientes; mientras que, en el sector privado, no solamente es ahorro para las instituciones intermediarias, sino también para el paciente y su familia.

### **2.1. Antecedentes internacionales sobre cuidados paliativos domiciliarios.**

En el mundo la región con mayor desarrollo de los cuidados paliativos es Europa, donde se le ha dado más relevancia tanto a nivel institucional como a nivel domiciliario. En Latinoamérica, Chile es el que tiene un mayor desarrollo de esta área, seguido por Argentina; mientras que a nivel centroamericano Costa Rica tiene un rango mayor de atención paliativa (1).

No obstante, en Sur América Colombia en los últimos años ha tenido un mayor auge en cuidados paliativos, dándole importancia al desarrollo de investigaciones en el área tanto a nivel público como privado. En este sentido, han presentado avances en diferentes áreas relacionadas con la atención paliativa, como la disponibilidad de medicamentos, un incremento en la provisión de servicios, además de la educación y la legislación relacionada con la atención al final de la vida (6).

### **2.2. Antecedentes cuidados paliativos en el sector asegurador internacional.**

En América Latina el sector asegurador en salud ha venido incrementando en los últimos años, teniendo un mayor auge en Colombia, donde el Sistema de Salud tiene características peculiares, combinando la atención pública con la privada a través de las EPS (Entidades Prestadoras de Salud). Y como parte de esas prestaciones de salud se

incluyen los cuidados paliativos, desarrollando programas que prestan servicios domiciliarios y que han generado resultados favorables para la población asegurada.

Si bien es cierto que los cuidados paliativos domiciliarios no reducen la mortalidad por enfermedades crónicas avanzadas, se ha evidenciado que sus beneficios son variados, desde la reducción de las hospitalizaciones institucionales frecuentes, disminuyen los gastos económicos para el paciente y su familia, y además de los beneficios psicológicos que proporciona en las etapas finales de la vida (24).

La experiencia de Colombia en cuanto a atención paliativa en los enfermos crónicos avanzados es relevante, pues no solamente prestan este tipo de servicios a pacientes adultos, sino que también han incursionado en la medicina paliativa pediátrica, siendo más complejo el abordaje de este grupo etario.

### **2.3. Antecedentes sobre cuidados paliativos en El Salvador.**

El Salvador no cuenta con amplios servicios de cuidados paliativos a nivel del sector privado ni en el sector público de la salud; históricamente el Hospital Divina Providencia ha prestado servicios a pacientes con enfermedades oncológicas que se encuentran al final de la vida, manteniendo su funcionamiento a partir de donaciones.

Sin embargo, durante el año 2013, un grupo de médicos paliativistas iniciaron la atención a este tipo de pacientes con estrategias diferentes, tratando de brindarles servicios en su domicilio y dándoles seguimiento durante todo el proceso, incluso durante sus hospitalizaciones institucionales en centros privados principalmente (25).

Simultáneamente, en mayo del año 2013 el ISSS firma un convenio con una asociación religiosa, que permitió ampliar su portafolio de servicios e incluir la atención paliativa en coordinación con el Hospital Divina Providencia; este convenio incluyó tanto la atención de los derechohabientes con enfermedades crónicas avanzadas, así como la capacitación de los profesionales de la salud en cuidados paliativos; por lo que desde septiembre del mismo año se empezaron a brindar estas atenciones a los pacientes que así lo requieran. (26)

Por otro lado, para el año 2019, se funda una institución tipo HOSPICE, basado en el modelo español de atención paliativa, el cual también se ha puesto en práctica en Colombia; esta institución es privada, siendo de alguna manera un punto medio entre un hospital y una residencia, donde se brinda atención por un equipo multidisciplinario para cuidados paliativos. (27)

Partiendo de lo mencionado, se hace evidente el problema y la necesidad de la creación de una Política Pública sobre cuidados paliativos, con objetivos razonables, fundamentada en la prestación de servicios a través del esfuerzo en conjunto de todas las instituciones que forman parte del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), que garanticen la sostenibilidad económica y la rentabilidad, manteniendo la eficiencia y calidad de los servicios.

#### **2.4. Cuidados paliativos en el sector asegurador en El Salvador.**

El sector asegurador en El Salvador ha tomado mayor apogeo en la última década, esto en parte por las dificultades en el acceso a servicios de salud especializados en el sector público.

El seguro de gastos médicos es el segundo más cotizado en las 24 empresas de seguros legalmente autorizadas en el país. Según la Superintendencia del Sistema Financiero a septiembre de 2018 las aseguradoras pagaron \$66.3 millones por reclamos de accidentes y enfermedades. Una de las principales compañías aseguradoras, señala que las 3 enfermedades más comunes a las que dan respaldo son las relacionadas con las vías respiratorias, sistema digestivo y cáncer, y de éstas el 96% de los casos respaldados por dicha compañía se sitúan en San Salvador. (9)

Sin embargo, en los últimos años no se ha desarrollado un programa que se enfoque en la atención paliativa de pacientes con enfermedades crónicas avanzadas, siendo hasta el año 2020 que una de las principales compañías aseguradoras en el país, con más de 50 años de trayectoria en el sector, ha incursionado en esta área en la prestación de servicios de salud, desarrollando un programa de cuidados paliativos domiciliarios.

Los programas de cuidados paliativos domiciliarios no tienen como objetivo generar algún tipo de beneficio económico para las instituciones o los pacientes mismos, sino más bien

poder evidenciar una reducción de costos manteniendo la calidad en la prestación de servicios, generando bienestar al paciente con inversiones menos costosas y más eficientes; esto en relación con los costos que representan estas atenciones a nivel hospitalario, en la que la gestión administrativa tiende a constituir un rubro oneroso.

### **3. Equipo interdisciplinario en cuidados paliativos.**

La atención domiciliaria en el campo de los cuidados paliativos, requiere de la integración de un equipo interdisciplinario, el cual a través de todas las herramientas con las que cuente, se puedan satisfacer las necesidades, tanto del paciente y la familia. Abordando instancias no solo desde el aspecto terapéutico, sino que también desde ámbito psicosocial, humanitario y del apoyo familiar. Cuando una persona es internada a nivel de una institución de salud, la atención médica no solo se desarrolla a través de un médico especialista o personal de enfermería, sino que este se ve fortalecido por otros profesionales, los cuales contribuyen de manera directa e indirecta en la salud del individuo.

En la etapa de atención de cuidados paliativos, el ser humano se muestra en una faceta de sufrimiento la cual puede ser multifactorial y expresarse de manera física reflejada por el dolor y dificultades respiratorias; también el aspecto psicológico se puede evidenciar deteriorado con problemas de ansiedad, depresión y trastornos cognitivos. A nivel social, se hace presente la falta de recurso económico y la precariedad del sistema sanitario, todo esto conlleva a problemas existenciales y la sensación de falta de esperanza por encontrar una salida ante esta dificultad (7).

#### **3.1. Actores clave en la prestación de cuidados paliativos domiciliarios.**

El equipo interdisciplinario se recomienda esté conformado por personal médico, enfermería, equipo administrativo en el apoyo de insumos y recursos, también se ve la necesidad de especialistas en el área de la psicología y trabajadores sociales, y como punto de inflexión el apoyo familiar, siendo éste clave para poder ir superando las dificultades que se presenten (21).



Para ejecutar el programa domiciliario de cuidados paliativos se debe desarrollar con los elementos antes descritos, convirtiéndose de esa manera en una oferta innovadora de los servicios de salud en este rubro. Es fundamental el establecer convenios institucionales y con profesionales de la salud que contribuyan a la accesibilidad a los diferentes recursos, tanto como el equipo necesario y el personal especializado, que este a su vez sea capaz de satisfacer las demandas de atención. El integrar a las diferentes partes se vuelve una tarea compleja en la que no solo los conocimientos científicos son esenciales, sino la capacidad administrativa, organizativa del sistema de salud y del programa (23).

### **3.2. Gestión estratégica del programa de cuidados paliativos domiciliarios**

La atención sanitaria históricamente ha sido concebida como la prestación de servicios a nivel hospitalario, fundamentalmente curativo, lo que ha dado lugar a que las intervenciones preventivas y de educación a nivel comunitario queden relegadas a un segundo plano, no considerándose prioritarias.

Esto ha generado que se evidencie en las poblaciones la necesidad de atención en salud más allá de una visita a un centro asistencial, sino más bien la oportunidad de emplear medidas preventivas desde la familia y la comunidad, para evitar el desarrollo de enfermedades o secuelas que puedan disminuir su capacidad para desarrollarse diariamente.

Ante esta necesidad de servicios sanitarios más cerca de las personas, los Estados han venido desarrollando en las últimas décadas programas de atención basados en la APS, en los que no solamente se involucran los prestadores públicos, sino también instituciones privadas que, aunque perciben recursos económicos del paciente, buscan contribuir al bienestar de las personas.

Las diferentes estrategias de salud que contribuyen de manera directa en la población, se vuelven variables claves para poder mantener el bienestar y calidad de vida según sea la enfermedad que el ser humano afronte. El fenómeno salud- enfermedad y vida – muerte, son procesos bio-psicosociales que se interrelacionan, los cuales se vuelven difícil de separar.

Ante esto una de las herramientas que en los últimos años ha tomado mayor auge son los programas de cuidados paliativos, conformados por equipos interdisciplinarios con el único fin de generar alivio del dolor y sus síntomas, y a su vez mejorar en esta etapa final la calidad de vida.

De tal manera que las ofertas de salud se vuelven más amplias y se pueden gestionar y proyectar a través de modelos de negocios que sean rentables para una aseguradora y beneficiosos para las personas que utilizan el servicio. Esto es fundamental para el desarrollo de este tipo de prestaciones, gran parte de los programas paliativos tienen sus cimientos en análisis de mercado, estudiando la necesidad y demanda que la población reclama.

Uno de los propuestos es el Modelo Canvas, el cual es una herramienta que permite analizar y crear modelos de negocio de forma simplificada y estructurada, que perfectamente se pueden aplicar a los programas de cuidados paliativos el cual consta de los siguientes elementos (28):

- Socios claves del negocio. (Personal de salud altamente calificado)
- Actividades claves (Atención domiciliaria)
- Propuesta de valor (Integración de equipo interdisciplinario y el aspecto humanista)
- Relación con los clientes (Comunicación asertiva con la familia y el equipo).
- Segmentación de clientes (Según sea la enfermedad o estadio de evolución de esa manera se conformará el equipo)
- Recursos claves (Se da valor al talento humano que debe ser especializado)
- Canal de interés (La manera en la que se ofertara el servicio como programa de una aseguradora)
- Estructura de costos (Alianzas claves con proveedores y personal especializado)
- Fuentes de ingreso (El valor monetario que tendrá el servicio junto a ello la calidad con la que se brinde).

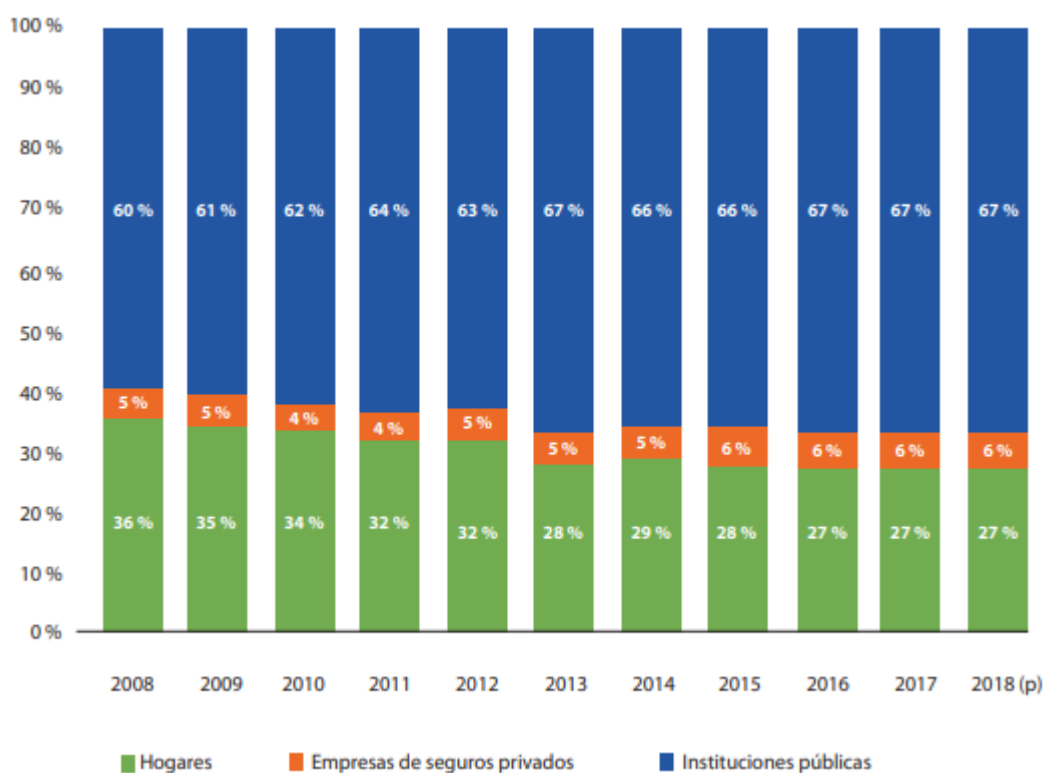
Cada uno de estos elementos son claves para el desarrollo de este tipo de programas, que a su vez dan un enfoque diferente a los servicios de salud. La hospitalización institucional puede contar con todos los recursos e insumos para el manejo de las

enfermedades de este tipo; sin embargo, se corre el riesgo por adquirir otras infecciones de tipo nosocomiales, las cuales agravan la condición de las personas, reduciendo su calidad de vida y prolongando su estancia intrahospitalaria.

#### 4. Análisis de costos

Los costos en salud hacia el año 2011, se estimaba que, en la mayor parte de los países en vías de desarrollo, el gasto de bolsillo de las personas era en promedio del 85% del total de los servicios de salud que recibían (libro); no obstante, para el año 2018 en El Salvador, según el informe de labores del MINSAL, el gasto privado en salud (GPrivS) representaba el 37% del gasto nacional en salud (GNS), mientras que el 67% lo constituyó el gasto público en salud (GPúbS). Sin embargo, el GPrivS se distribuye entre los costos que asumen las compañías aseguradoras y el gasto de bolsillo de las personas, siendo del 6% y 27% respectivamente. (29)

Figura 1 Composición del gasto nacional en salud, El Salvador 2008 - 2018



Fuente: Informe de Labores 2018- 2019, MINSAL

A pesar que en los últimos 10 años el GPúbS ha incrementado porcentualmente, el gasto de bolsillo en salud de la población continúa siendo elevado, esto pudiendo estar en relación con la escasa cobertura de las necesidades sanitarias de la población, principalmente por una utilización poco eficiente de los recursos destinados para este rubro. Además, la poca disponibilidad de los servicios sanitarios ha propiciado que parte de la población haya optado por la contratación de seguros privados, reflejándose un incremento en los ingresos de las compañías de seguros en el país.

Este incremento, en la utilización de seguros privados es más evidente en las grandes ciudades, donde las tecnologías más avanzadas cuentan con una mayor accesibilidad, lo cual tiende a generar que los tratamientos para enfermedades crónicas avanzadas se orienten hacia la utilización de este tipo de recursos, obteniendo resultados poco favorables a altos costos, cuando podrían emplearse estrategias que generen mayores beneficios en el bienestar del paciente y que requieren de menor inversión.

Por lo cual, a través del análisis de costos en salud, se permite garantizar la emisión de información sobre los resultados económicos de las actividades a cada entidad para alcanzar diversos objetivos, entre los cuales se puede mencionar el posibilitar, mediante el conocimiento de los costos reales de las acciones, la toma de medidas oportunas, con el fin de obtener el máximo de eficiencia en la ejecución presupuestaria y elevar la eficacia de la gestión en general; además, permite la evaluación financiera de las instituciones tanto públicas como privadas. (30)

A partir de este análisis de costos, se pueden obtener los fundamentos para desarrollar estrategias ya sean hospitalarias o domiciliarias, que amplíen el portafolio de servicios de salud, considerando el bienestar del paciente, como la relación con los recursos financieros y la sostenibilidad de las estrategias.

Una de las metodologías de análisis de costos en salud que se emplea con mayor frecuencia por los resultados que aporta, es la Metodología de Gestión Productiva de los Servicios de Salud (MGPSS), cuya utilidad radica en que aborda cada aspecto del proceso productivo pudiendo cuantificarlo y evaluarlo, proporcionando las bases para el mejoramiento continuo en la capacidad de producción de los servicios de salud.

La MGPSS es un método de gestión desarrollado por la OPS, que ofrece elementos para facilitar el análisis de la pertinencia, eficiencia y calidad de la producción, de la negociación y del control de los acuerdos de gestión y para la generación de una nueva cultura institucional orientada a la racionalización de costos y la maximización de la productividad. (30)

Esta metodología se basa en el análisis de la producción, eficiencia, recursos y costos (PERC) de los servicios de salud; considerándose a las instituciones de salud como empresas productivas cuyos procesos son cuantificables y son objeto de análisis para poder hacer más eficientes la utilización de los recursos. (30)

A través del análisis de costos se puede efectuar una comparativa de la hospitalización institucional con la domiciliar, siendo esta última una alternativa para el manejo de las enfermedades crónicas avanzadas, considerando que se puede ejecutar una atención más integral y humanizada, además de la disminución del riesgo de enfermedades nosocomiales y el apoyo indispensable de la familia; también, se reducen los costos teniendo en cuenta lo esencial y necesario para la atención. (6, 24).

La ejecución de estos programas de cuidados paliativos ha desarrollado atenciones basadas en estándares de calidad, el humanismo y apoyo de la familia, las evaluaciones constantes son esenciales ya que no solo se valora el tipo de atención brindada, sino que también se enfoca en el costo que este genera ya sea a instituciones públicas o privadas del sistema de salud.

Por lo cual el factor económico es indispensable ya que con él se pretende solventar de manera más eficiente las necesidades y requerimientos de las personas en esta etapa de su vida. Además de brindar el manejo adecuado enfocado en la ética y la realidad del paciente como elemento esencial para poder sobrellevar esta condición.

En este sentido, en el año 2016 en Colombia se realizó el estudio “Costos directos del cuidado paliativo domiciliario para pacientes con cáncer gástrico estadio IV en Colombia”, el cual reflejó que el costo promedio diario de atención por paciente fue de US\$60.00 y de US\$979.00 por paciente en total durante el periodo que se brindaron los cuidados, siendo un promedio de estancia de 37,6 días. (6)

De igual manera, en el año 2018 en España se realizó el estudio “Algunos aspectos económicos en torno al final de la vida humana”, el cual mostró como resultado un menor costo de la atención paliativa domiciliar en comparación con la brindada a nivel hospitalario, siendo las inversiones de \$12,670 y \$20,222, respectivamente; mostrando además una reducción en el número de hospitalizaciones y de consultas de emergencias para los pacientes que recibieron atención domiciliar. (31)

## **CAPÍTULO III. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **A) Enfoque y tipo de investigación.**

El presente estudio es de tipo cuantitativo, observacional, descriptivo, de corte transversal retrospectivo, en el que se aplicó la metodología de gestión productiva de los servicios de salud para el análisis de costos del programa de cuidados paliativos de una compañía aseguradora en El Salvador, durante el periodo comprendido de enero a diciembre del año 2020.

### **B) SUJETO Y OBJETO DE ESTUDIO**

#### **a. Unidades de análisis.**

##### **Población.**

Se consideró el expediente clínico e informe de gasto anual de todos los pacientes asegurados con pólizas de gastos médicos activas de la institución donde se efectuó el estudio.

##### **Población de estudio.**

Universo: expediente clínico e informe de gasto anual del total de pacientes asegurados con diagnóstico de enfermedades crónicas avanzadas.

Unidad de análisis: expediente clínico e informe de gasto anual de pacientes asegurados con diagnóstico de enfermedades crónicas avanzadas que reciben atención paliativa.

##### **Muestra.**

Se incluyó en el estudio el expediente clínico e informe de gasto anual del total de asegurados que forman parte del programa de cuidados paliativos domiciliarios, ya que al ser una población pequeña y por el tipo de pacientes no aplica el cálculo muestral.

##### **Criterios de inclusión y exclusión:**

Se revisó el expediente clínico e informe de gasto anual de los asegurados con póliza vigente; no se tuvo contacto con pacientes asegurados, sino que todo se realizó en base a revisión documental.

### **Criterios de inclusión:**

- Expediente clínico e informe de gasto anual de pacientes con pólizas de seguros de gastos médicos activa.
- Expediente clínico e informe de gasto anual de pacientes con diagnósticos de enfermedades crónicas avanzadas.
- Expediente clínico e informe de gasto anual de pacientes que recibieron cuidados paliativos domiciliarios durante el periodo de estudio establecido.

### **Criterios de exclusión:**

- Expediente clínico e informe de gasto anual de pacientes con enfermedades crónicas no complejas.
- Expediente clínico e informe de gasto anual de pacientes estables.

### **b. Variables e indicadores.**

#### **Matriz de congruencia**

##### **Tema:**

Análisis de costos del programa cuidados paliativos, cobertura de gastos médicos de una aseguradora en El Salvador, enero – diciembre 2020

##### **Enunciado del problema:**

¿Cuál es el costo del programa de cuidados paliativos, como parte de la cobertura de gastos médicos en una aseguradora de El Salvador?

##### **Objetivo general:**

Analizar los costos del programa cuidados paliativos, cobertura de gastos médicos de una aseguradora en El Salvador, enero – diciembre 2020

##### **Hipótesis general:**

Los costos del programa de cuidados paliativos domiciliarios, como parte de la cobertura de gastos médicos de una compañía aseguradora en El Salvador, son inferiores a los de atención paliativa hospitalaria.



### Objetivo específico 1.

Caracterizar el paciente que requiere de cuidados paliativos.

#### Unidad de análisis:

Asegurados con póliza de gastos médicos activa y diagnóstico de enfermedades crónicas avanzadas.

Variable	Operacionalización de variables	Indicadores	Técnicas a utilizar	Tipos de instrumentos a utilizar
<b>Edad</b>	Años cronológicos del paciente	Número de años cumplidos	Recopilación de información en las bases de datos de la aseguradora	Matriz de recolección de datos.
<b>Sexo</b>	Sexo biológico del paciente	Masculino Femenino	Recopilación de información en las bases de datos de la aseguradora	Matriz de recolección de datos.
<b>Diagnóstico</b>	Enfermedad o enfermedades que se identifican en el paciente	Diagnósticos según CIE-10	Recopilación de información en las bases de datos de la aseguradora	Matriz de recolección de datos.
<b>Comorbilidades</b>	Enfermedades asociadas a una enfermedad de base o diagnóstico principal	Diagnósticos según CIE-10	Recopilación de información en las bases de datos de la aseguradora	Matriz de recolección de datos.
<b>Clasificación del paciente</b>	Estratificación del paciente según la complejidad de su condición de salud	Clasificación según instrumento NECPAL	Recopilación de información en las bases de datos de la aseguradora	Matriz de recolección de datos.

### Objetivo específico 2:

Describir la cobertura de gastos médicos para pacientes con enfermedades crónicas.

#### Unidades de análisis:

- Clausulado de póliza de seguro de gastos médicos.

<b>Variable</b>	<b>Operacionalización de variables</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Técnicas a utilizar</b>	<b>Tipos de instrumentos a utilizar</b>
<b>Tipo de póliza</b>	Celebración de contrato entre aseguradora y persona natural o jurídica contratante.	Individual Colectiva	Recopilación de información en las bases de datos de la aseguradora	Matriz de recolección de datos.
<b>Área de cobertura</b>	Zona geográfica de cobertura de atención médica	Centroamericana Mundial	Recopilación de información en las bases de datos de la aseguradora	Matriz de recolección de datos.
<b>Participación del asegurado</b>	Porcentaje de gastos que asume el asegurado por su atención médica	Deducible Coaseguro	Recopilación de información en las bases de datos de la aseguradora	Matriz de recolección de datos.
<b>Máximo vitalicio disponible</b>	Monto máximo disponible para la cobertura de gastos médicos al momento de su incorporación al programa	Monto disponible en dólares americanos	Recopilación de información en las bases de datos de la aseguradora	Matriz de recolección de datos.

### **Objetivo específico 3:**

Describir el costo de atención del paciente con enfermedad crónica que requiere de cuidados paliativos a nivel hospitalario y atención domiciliar.

#### **Unidades de análisis:**

- Costos de atención paliativa del paciente con enfermedad crónica avanzada.

<b>Variable</b>	<b>Operacionalización de variables</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Técnicas a utilizar</b>	<b>Tipos de instrumentos a utilizar</b>
<b>Costos directos</b>	Se asocian a un servicio establecido para la atención	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Honorarios profesionales (CPT)</li> <li>• Insumos médicos (DNM)</li> </ul> (En dólares americanos)	Recopilación de información en las bases de datos de la aseguradora	Matriz de recolección de datos.

	directa del paciente.		Revisión de expediente clínico	
<b>Costos indirectos</b>	Constituyen gastos que no pueden asociarse de manera directa a la atención del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo hospitalario.</li> <li>• Estudios de laboratorio e imágenes.</li> <li>• Servicios farmacéuticos.</li> <li>• Servicios administrativos (En dólares americanos)</li> </ul>	Recopilación de información en las bases de datos de la aseguradora Revisión de expediente clínico	Matriz de recolección de datos.

#### Objetivo específico 4:

Comparar los costos de atención paliativa a nivel hospitalario y domiciliar.

#### Unidades de análisis:

- Costos de atención paliativa del paciente con enfermedad crónica avanzada.

Variable	Operacionalización de variables	Indicadores	Técnicas a utilizar	Tipos de instrumentos a utilizar
<b>Costos directos</b>	Se asocian a un servicio establecido para la atención directa del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Honorarios profesionales</li> <li>• Insumos médicos (En dólares americanos)</li> </ul>	Recopilación de información en las bases de datos de la aseguradora Revisión de expediente clínico	Matriz de recolección de datos.
<b>Costos indirectos</b>	Constituyen gastos que no pueden asociarse de manera directa a la atención del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo hospitalario.</li> <li>• Estudios de laboratorio e imágenes.</li> <li>• Servicios farmacéuticos</li> <li>• Servicios administrativos (En dólares americanos)</li> </ul>	Recopilación de información en las bases de datos de la aseguradora Revisión de expediente clínico	Matriz de recolección de datos.

## Definición de centros de costos

Las variables de los objetivos 3 y 4 detalladas en la operacionalización, fueron analizadas a partir de la Metodología de Gestión Productiva de los Servicios de Salud, la cual es una herramienta de mucha utilidad para el análisis de costos en salud, pues proporciona los insumos para la toma de decisiones orientada a generar estrategias que permitan la utilización más eficiente de los recursos con que cuentan las instituciones de salud.

Esta metodología se basa en la aplicación de centros de costos de una institución prestadora de servicios de salud, o de un programa en particular; para los efectos del presente estudio, a continuación, se definen los principales centros de costos de la atención paliativa.

<b>CENTROS DE COSTOS</b>	<b>CLASIFICACION</b>	<b>PRODUCTO</b>
<b>UNIDAD DE EMERGENCIAS</b>	FINAL	ATENCIONES
<b>CIRUGIA GENERAL</b>	FINAL	ATENCIONES
<b>MEDICINA INTERNA</b>	FINAL	ATENCIONES
<b>MEDICINA PALIATIVA</b>	FINAL	ATENCIONES
<b>ONCOLOGIA</b>	FINAL	ATENCIONES
<b>ENDOCRINOLOGÍA</b>	FINAL	ATENCIONES
<b>NEUROCIRUGÍA</b>	FINAL	ATENCIONES
<b>NEFROLOGÍA</b>	FINAL	ATENCIONES
<b>NEUMOLOGÍA</b>	FINAL	ATENCIONES
<b>GASTROENTEROLOGÍA</b>	FINAL	ATENCIONES
<b>CARDIOLOGÍA</b>	FINAL	ATENCIONES
<b>PATOLOGÍA</b>	FINAL	ATENCIONES
<b>ANESTESIOLOGÍA</b>	FINAL	ATENCIONES
<b>NUTRICION</b>	FINAL	ATENCIONES
<b>HEMATOLOGÍA</b>	FINAL	ATENCIONES
<b>MEDICINA INTENSIVA</b>	FINAL	ATENCIONES
<b>HOSPITALIZACION</b>	FINAL	EGRESOS
<b>ENFERMERÍA</b>	FINAL	ATENCIONES
<b>IMAGENOLOGIA</b>	APOYO ASISTENCIAL	ESTUDIOS
<b>LABORATORIO CLINICO</b>	APOYO ASISTENCIAL	ÓRDENES DE EXÁMENES
<b>SERVICIO FARMACEUTICO</b>	APOYO ASISTENCIAL	RECETAS DESPACHADAS
<b>QUIROFANOS</b>	APOYO ASISTENCIAL	PROCEDIMIENTOS/INTERVENCION QUIRÚRGICA

<b>FISIOTERAPIA, TERAPIA RESPIRATORIA Y REHABILITACIÓN</b>	APOYO ASISTENCIAL	TERAPIAS
<b>SERVICIOS GENERALES (ALIMENTACIÓN, LAVANDERÍA, ESTERILIZACIÓN)</b>	APOYO LOGÍSTICO	SERVICIOS
<b>SERVICIOS ADMINISTRATIVOS</b>	APOYO ADMINISTRATIVO	INFORMES

Tabla 1 Centros de costos y clasificación, atención hospitalaria

<b>CENTROS DE COSTOS</b>	<b>CLASIFICACION</b>	<b>PRODUCTO</b>
<b>ONCOLOGÍA</b>	FINAL	ATENCIONES
<b>MEDICINA INTERNA</b>	FINAL	ATENCIONES
<b>NEUROLOGÍA</b>	FINAL	ATENCIONES
<b>NEFROLOGÍA</b>	FINAL	ATENCIONES
<b>REUMATOLOGÍA</b>	FINAL	ATENCIONES
<b>ENFERMERÍA</b>	FINAL	ATENCIONES
<b>IMAGENOLOGIA</b>	APOYO ASISTENCIAL	ESTUDIOS
<b>LABORATORIO CLINICO</b>	APOYO ASISTENCIAL	ÓRDENES DE EXÁMENES
<b>SERVICIO FARMACEUTICO</b>	APOYO ASISTENCIAL	RECETAS DESPACHADAS
<b>FISIOTERAPIA Y REHABILITACIÓN</b>	APOYO ASISTENCIAL	TERAPIAS
<b>ADMINISTRACIÓN</b>	APOYO ADMINISTRATIVO	INFORMES

Tabla 2 Centros de costos y clasificación, atención domiciliar

### ➤ Centros de producción final.

**Unidad de emergencias:** es la unidad operativa que califica, admite, evalúa, estabiliza e inicia el tratamiento a pacientes con un amplio espectro de enfermedades de presentación súbita y de lesiones, algunas de las cuales comprometen la integridad y la vida, y por lo tanto requieren una atención inmediata.

**Medicina Paliativa:** Especialidad médica que enfoca su atención en los pacientes con enfermedades crónicas avanzadas, que a su vez se encarga de definir el plan de manejo del paciente dentro del programa de cuidados paliativos.

**Oncología:** rama de la medicina especializada en el diagnóstico y tratamiento del cáncer; como parte del equipo principal para el manejo y cuidado de los pacientes con estas enfermedades dentro del programa.

**Medicina Interna:** proporcionar la atención necesaria a fin de recuperar la salud de los pacientes que requieran evaluación por esta especialidad, indicando los medicamentos y estudios clínicos, laboratorio, radiológicos pertinentes enfocados a apoyar el diagnóstico y seguimiento de las patologías de los pacientes dentro del programa.

**Nutrición:** área de la medicina que evalúa las necesidades nutricionales, según el grado de afectación que presente el paciente con enfermedad crónica avanzada, definiendo un seguimiento educacional sobre las diferentes dietas que deben de consumir para estabilizar y mejorar su condición.

**Cirugía general:** atención a pacientes que ameriten ser intervenidos quirúrgicamente; los cuadros ambulatorios realizando los estudios pertinentes e indicando sus evaluaciones preoperatorias de ser necesario y realización de procedimientos; así como el apoyo de realización de interconsultas referidas de medicina general, metabólica, hospitalizaciones

**Nefrología:** realizar los procedimientos diagnósticos de Nefrología e intervenciones terapéuticas que según su puesto de trabajo tenga asignados, procurando la máxima eficiencia y optimización de los recursos disponibles; con el consentimiento imprescindible del paciente, y de acuerdo a las guías científicas de tratamiento, buscando siempre el máximo beneficio y mínimo riesgo para el derechohabiente.

**Gastroenterología:** subespecialidad dedicada al estudio y diagnóstico de condiciones o enfermedades del sistema digestivo, ya sean condiciones agudas o crónicas avanzadas.

**Endocrinología:** rama que se especializa en el diagnóstico y tratamiento de trastornos del sistema endocrino, que incluye las glándulas y órganos que elaboran hormonas. Estos trastornos incluyen diabetes, problemas tiroideos, suprarrenales, de la hipófisis, entre otras.

**Neurología:** se ocupa de forma integral de la asistencia médica al enfermo neurológico, que puedan estar relacionadas con afecciones oncológicas, cerebrovascular o de otra índole.

**Neumología:** es la especialidad médica cuyo campo de actuación se centra en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del aparato respiratorio y, de forma más específica, a los pulmones, el mediastino y la pleura.

**Cardiología:** especialidad que estudia el funcionamiento del aparato cardiovascular, atendiendo las alteraciones a nivel clínico, propias del aparato cardiovascular o las que surgen a consecuencia de otras afecciones.

**Neurocirugía:** especialidad médica que se enfoca en el manejo quirúrgico de las enfermedades del sistema nervioso central y periférico, incluyendo sus estructuras vasculares.

**Hematología:** especialidad médica que se ocupa del estudio, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de la sangre y los órganos que participan en su producción, como la médula ósea, el bazo y los ganglios.

**Reumatología:** especialidad médica que se encarga de la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades musculoesqueléticas y autoinmunes sistémicas.

**Medicina Intensiva:** especialidad enfocada en el soporte vital de órganos de pacientes que se encuentran críticamente enfermos y que ponen en riesgo la vida del individuo.

**Anestesiología:** especialidad médica que se encarga del manejo del dolor y el cuidado global del paciente quirúrgico antes, durante y después del procedimiento efectuado por el cirujano.

**Patología:** especialidad médica que se encarga del estudio de los trastornos anatómicos e histológicos de los tejidos y órganos enfermos, generalmente a partir de especímenes generados posterior a procedimientos quirúrgicos.

**Atención de Enfermería:** son las acciones e intervenciones propias del profesional de enfermería para el cuidado de la salud del paciente con enfermedad crónica avanzada y su familia, implica el uso del método científico para la identificación de las necesidades.

**Hospitalización:** ingreso de un paciente en un centro sanitario para ocupar una plaza o cama y recibir atención especializada hasta el momento del alta hospitalaria.

➤ **Centros de apoyo asistencial.**

**Imagenología:** sistema de apoyo que contribuye a la identificación del diagnóstico médico o de su evolución, mediante la realización de exámenes radiológicos básicos y especiales a pacientes con enfermedad crónica avanzada.

**Laboratorio Clínico:** realizar análisis clínicos que orienten en el diagnóstico, evolución y pronóstico de los pacientes dentro del programa.

**Servicio Farmacéutico:** dispensa los medicamentos indicados a los pacientes a fin de proporcionarle bienestar.

**Fisioterapia, terapia respiratoria y Rehabilitación:** rama de la medicina que contribuye a prevenir discapacidades y/o disminuir el grado de estas, logrando mejorar la capacidad física del paciente con enfermedad crónica avanzada.

**Quirófano:** realización de procedimientos quirúrgicos programados y de urgencia. Coordinar con los diferentes servicios de apoyo del hospital el suministro de ropa, material, insumos fármacos e instrumental médico quirúrgico estéril para la realización de la cirugía. Disponibles para realizar cirugías programadas de las diferentes especialidades quirúrgicas, ya sea para procedimientos ambulatorios o que requieran de hospitalización posterior.

➤ **Centros de apoyo logístico.**

**Servicios generales:** constituyen una disciplina cuya finalidad es dar soporte a la actividad principal de las organizaciones sanitarias en lo relativo a la gestión y funcionamiento de sus inmuebles y a todos los servicios que éstos lleven asociados, sin olvidar aquellos otros servicios que dan soporte al personal de la organización. Se incluyen los servicios de alimentación, lavandería y esterilización.

➤ **Centros de apoyo administrativo.**

**Administración:** centro de organización, coordinación y logística del programa de cuidados paliativos, que se encarga de velar por que se cuenten con los insumos para la prestación de servicios a los pacientes con enfermedades crónicas avanzadas, a través de una adecuada gestión de los recursos. En la compañía aseguradora hay un



profesional médico coordinador del programa, cuyas funciones están dirigidas específicamente a las gestiones del mismo, destinando un salario definido para el desempeño de sus actividades.

**Servicios administrativos (hospitalización):** atienden al público tanto de manera presencial como telefónica, preparan y tratan los datos informáticos de los pacientes, organizan y tramitan los expedientes, gestionan las citas en el servidor, mecanografían los documentos y son encargados de realizar otras tareas administrativas.

## **C) TÉCNICAS, MATERIALES E INSTRUMENTOS**

### **a. Técnicas y procedimientos para la recopilación de la información.**

Se revisó un importante número de artículos relacionados con el tema, publicados en los últimos años en revistas nacionales e internacionales. Se consultaron las bases de datos: MEDLINE, SCIELO, EBSCOHOST, Pontificia Universidad Javeriana, Pontificia Universidad Católica de Chile, a través de los E-recursos de la Universidad Evangélica de El Salvador, y varios sitios WEB. Además de datos publicados por la Superintendencia del Sistema Financiero de El Salvador y por la Asociación Salvadoreña de Empresas de Seguros.

Para la extracción de los datos que se utilizaron en la investigación, se realizó una solicitud de autorización oficial al gerente de Talento Humano y al gerente de Salud de la compañía aseguradora, para la revisión de la base de datos de pacientes asegurados con diagnósticos de enfermedades crónicas avanzadas que han sido incluidos en el programa de cuidados paliativos, sus expedientes clínicos en línea, las condiciones generales y particulares de sus pólizas de seguro de salud, así como los informes anuales de costos de dichos asegurados.

La extracción de las bases de datos de diagnósticos e informes de costos se efectuó a partir del software SISE (Sistema Integral para las compañías de Seguros), utilizado para

la administración integral de información en la compañía aseguradora, al cual tuvo acceso el equipo investigador.

La revisión de los expedientes clínicos se llevó a cabo en el aplicativo web de Red Medica de la compañía aseguradora, el cual constituye la herramienta de interacción entre la compañía y los diferentes aliados prestadores de servicios de salud, para el almacenamiento de información médica hospitalaria, farmacéutica y de laboratorios clínicos y de imágenes; esta información estuvo disponible para la revisión por el equipo investigador de los aspectos clínicos relevantes de los diagnósticos de los pacientes con enfermedades crónicas avanzadas.

Para la obtención de los datos se revisaron fuentes secundarias de información; por medio de las bases estadísticas se extrajo todo lo relacionado con las variables definidas de los asegurados que durante el periodo de estudio recibieron algún tipo de atención en cuidados paliativos.

#### **b. Instrumentos de registro y medición.**

Se diseñó como instrumento de recolección de datos una plantilla digital en formato Microsoft Office Excel 2016; la cual incluye las variables demográficas, epidemiológicas y las relacionadas con los seguros médicos privados (tipo de póliza, máximo de cobertura, etc.), descritas en el diseño metodológico, generando una base de datos solamente con la información considerada necesaria para el estudio.

Para la recopilación y análisis de los datos relacionados con los centros de costos, se emplearon las plantillas ya establecidas por la Metodología de Gestión Productiva de los Servicios de Salud, aplicándolas a los centros de costos de atención paliativa hospitalaria y domiciliar.

Los datos, dependiendo del tipo de variable, han sido reflejados en texto o en cifras monetarias en dólares estadounidenses; en el caso de estos últimos, se consideraron valores enteros y dos decimales.

## **D) ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN**

Para el desarrollo de la investigación, se consideraron los principios éticos de la declaración de Helsinki, que en su apartado 27 establece que, al publicar los resultados de la investigación, se debe mantener la exactitud de los datos y resultados, publicando tanto los resultados negativos como los positivos, manteniendo la veracidad de la información; por lo que no se realizó ningún tipo de modificación o alteración a la base de datos.

Además, se consultó con el comité de ética de la compañía aseguradora y se solicitó autorización al área de Talento Humano para el desarrollo del estudio y para el acceso a las bases de datos y obtener la información requerida, enfatizándose que toda la información obtenida sería utilizada exclusivamente con fines académicos y científicos; sin vulnerar la confidencialidad de la compañía y sus asegurados.

Se respetó la identidad, no incluyéndose los datos de identificación personal de los pacientes, sino que se codificaron con números correlativos para el desarrollo del estudio.

El protocolo de investigación fue presentado al Comité Nacional de Ética de Investigación en Salud del Consejo Superior de Salud Pública, para su revisión, habiendo obtenido aprobación del mismo para poder llevar a cabo el estudio.

## **CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN**

### **A. Resultados**

Para el análisis de la información, inicialmente se contaba con una base de datos, obtenida a partir del sistema SISE con el que cuenta la compañía aseguradora, de 8174 asegurados con diagnósticos de enfermedades crónicas que habían recibido atención durante el año 2020; se realizó una revisión a esta base, encontrándose nombres repetidos (que aparecían con espacios dobles entre apellidos y el sistema los reconocía como 2 personas diferentes) y en algunos casos información incompleta en relación a los gastos efectuados para su atención en salud, por lo que se procedió a depurar dicha base.

La base de trabajo quedó constituida por un total de 6144 asegurados con enfermedades crónicas. A partir de ésta, se empezaron a clasificar de acuerdo con los diagnósticos según CIE 10, distribuyéndolos en aquellos con enfermedades crónicas que habían recibido algún tratamiento para su enfermedad de base y aquellos que durante el periodo de análisis presentaron alguna enfermedad aguda diferente a su condición crónica.

A partir de esta segunda revisión, se obtuvo un total de 2818 asegurados con diagnósticos de enfermedades crónicas que durante el periodo de estudio recibieron algún tipo de atención para su condición crónica. Estos 2818 asegurados se clasificaron de acuerdo con su diagnóstico según CIE 10 en 13 grupos diferentes.

Uno de los aspectos relevantes para la clasificación de los pacientes asegurados fue en relación con la complejidad de su condición, por lo que se tomaron en consideración las características detalladas en la escala NECPAL y las enfermedades a las que se hace referencia debido a su complejidad; es así que estos 2818 pacientes fueron distribuidos en dos grandes grupos, los asegurados con enfermedades crónicas no complejas y aquellos con enfermedades crónicas complejas.

Estas últimas se distribuyeron en 5 grupos según sus diagnósticos CIE 10 en Enfermedades Oncológicas, Enfermedad Renal Crónica, Esclerosis Múltiple, Lupus Eritematoso Sistémico y Multimorbilidad crónica, obteniendo un total de 462 asegurados dentro de estas categorías.

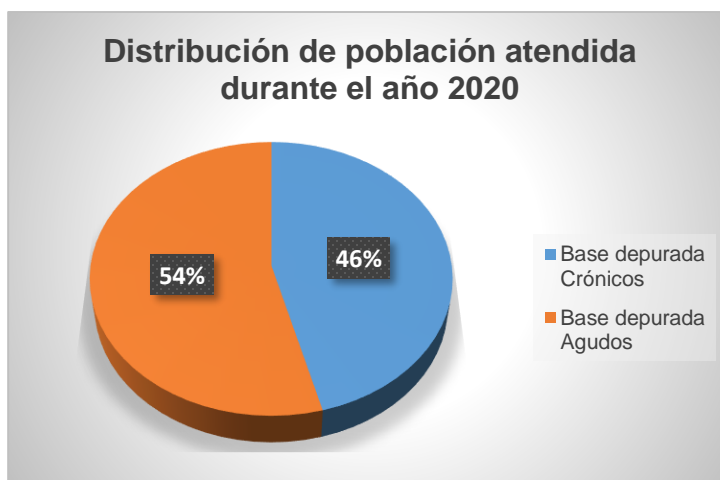
Se procedió a realizar una revisión de los expedientes clínicos en el portal de Red Médica de estos 462 asegurados, para determinar si cumplían con alguno de los criterios establecidos en la escala NECPAL; además, se efectuó la revisión del informe anual de costos del año 2020 de dichos asegurados, para poder recopilar la información relacionada con la inversión realizada en materia de salud, tanto a nivel hospitalario como domiciliar durante el periodo de estudio.

A partir de la base de datos de los asegurados con enfermedades crónicas complejas, su informe anual de costos y los expedientes clínicos, se ejecutó un análisis de las variables definidas para la investigación, describiendo las características demográficas y epidemiológicas relacionadas con la atención paliativa en la población de estudio.

Además, para el análisis de costos, se aplicó la Metodología de Gestión Productiva de los Servicios de Salud, basados en los diferentes centros de producción que intervienen en la atención paliativa, tanto a nivel hospitalario como domiciliar; a partir de lo cual se desarrolló una comparación de los costos de ambas modalidades de atención.

El procesamiento de la información se realizó en el programa informático Microsoft Excel 2016; para su análisis e interpretación se utiliza la estadística descriptiva para valores absolutos y relativos, empleando tablas de frecuencias y gráficos para la presentación de los resultados.

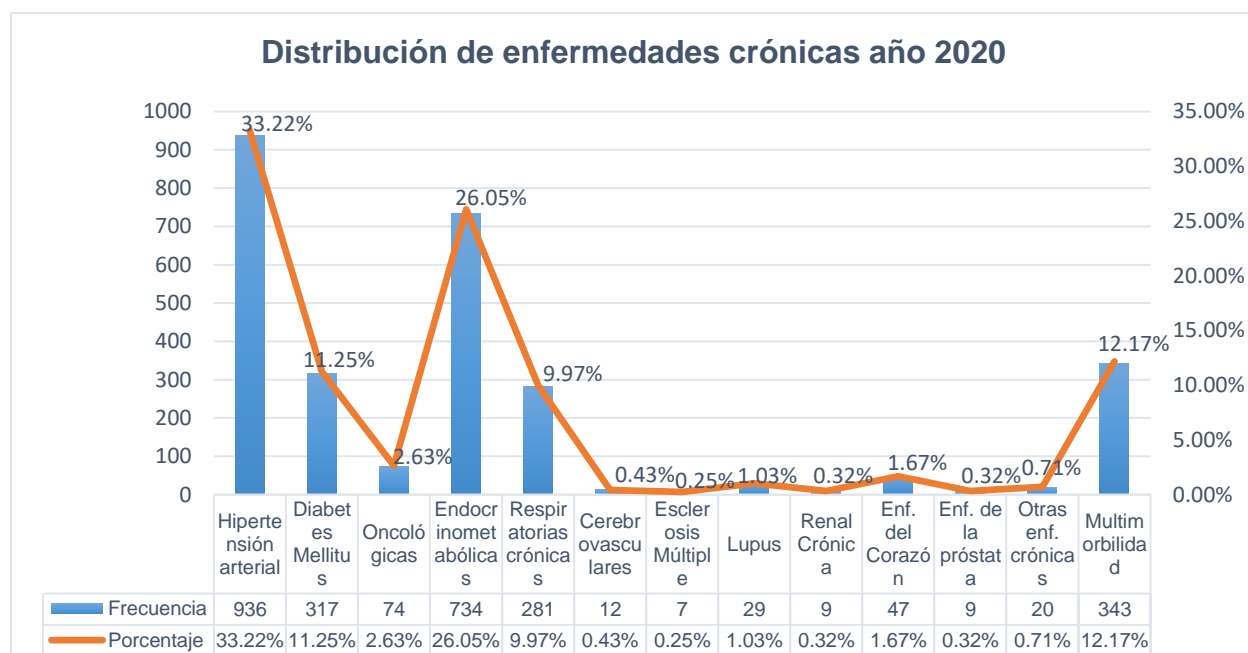
**Gráfico 1.** Distribución de población atendida con enfermedades crónicas, compañía aseguradora de El Salvador, año 2020.



**Fuente:** Base de datos de asegurados con enfermedades crónicas año 2020 **Autores:** Marvin Aguilar, Odir Vindel.

La población de asegurados que fue atendida en el año 2020, identificada en la base de datos de enfermedades crónicas, demuestra que, del total de 6,144 pacientes con atenciones recibidas, 3,326 presentaron complicaciones de tipo agudas de enfermedades crónicas no complejas. Y 2,818 pacientes presentaron complicaciones relacionadas con enfermedades crónico complejas. De las cuales en la distribución de enfermedades se evidencia el número de pacientes por cada padecimiento.

**Gráfico 2.** Distribución de enfermedades crónicas, compañía aseguradora de El Salvador, año 2020.

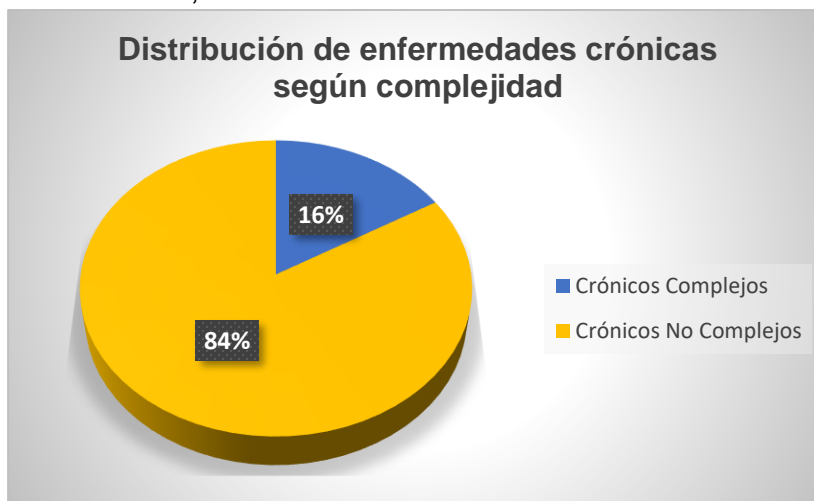


**Fuente:** Base de datos de asegurados con enfermedades crónicas año 2020 **Autores:** Marvin Aguilar, Odir Vindel.

Durante el año 2020 las enfermedades que mayor representatividad tuvieron en la población asegurada son: Hipertensión con un 33.22%, Endocrino metabólicas con 26.05% y la Multimorbilidad con un 12.17%, esta última engloba dos o más diagnósticos que una persona puede padecer a la vez.

También se identificaron enfermedades de tipo Oncológicas con un 2.63%, Lupus con 1.03% y Enfermedad Renal Crónica con un 0.32%. Las cuales, a pesar de tener un porcentaje bajo en la población, estas generan un mayor costo en la atención, caracterizándose como enfermedades de tipo crónico complejo y no complejo.

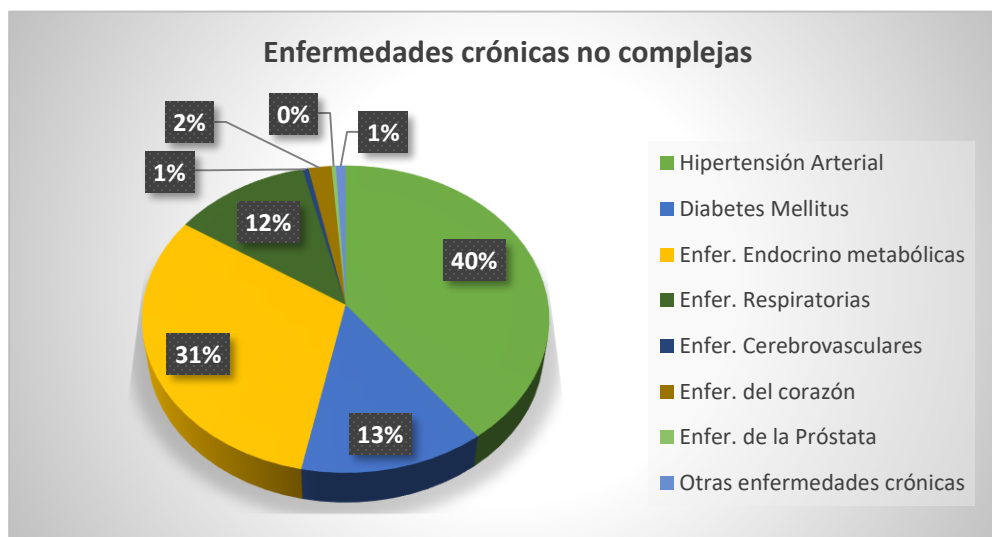
**Gráfico 3.** Distribución de enfermedades crónicas según complejidad, compañía aseguradora de El Salvador, año 2020



**Fuente:** Base de datos de asegurados con enfermedades crónicas año 2020 **Autores:** Marvin Aguilar, Odir Vindel.

De 2,818 personas identificadas con enfermedades crónicas, el 84% es equivalente a 2,356, las cuales a pesar de poseer un diagnóstico crónico, no representa complejidad en su manejo. Mientras que el 16% identificado se clasifican en crónicos complejos los cuales son un total 462 pacientes que requieren de mayor demanda económica en las atenciones recibidas por sus diferentes complicaciones y tipos enfermedades.

**Gráfico 4.** Distribución de enfermedades crónicas no complejas de compañía aseguradora de El Salvador, año 2020.

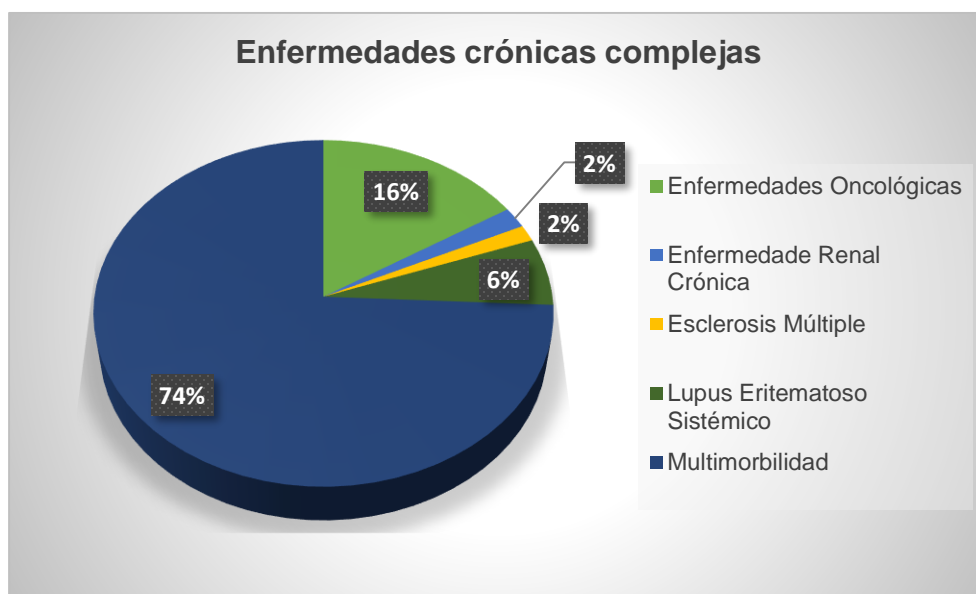


**Fuente:** Base de datos de asegurados con enfermedades crónicas año 2020 **Autores:** Marvin Aguilar, Odir Vindel.

Los diferentes diagnósticos identificados de enfermedades crónicas no complejas, la que predominó es Hipertensión Arterial, seguido de las enfermedades Endocrino metabólicas, estas debido a la cantidad de asegurados que son tratados por este padecimiento y el número de controles médicos que estos manejan durante un periodo de tiempo.

Mientras que en menor demanda se encuentran las Enfermedades del corazón con 47 pacientes y de la próstata con 9. Las cuales, a pesar de tener menor número de asegurados, representan una predisposición para el desarrollo de enfermedades crónicas complejas.

**Gráfico 5.** Distribución de enfermedades crónicas complejas de compañía aseguradora de El Salvador, año 2020.



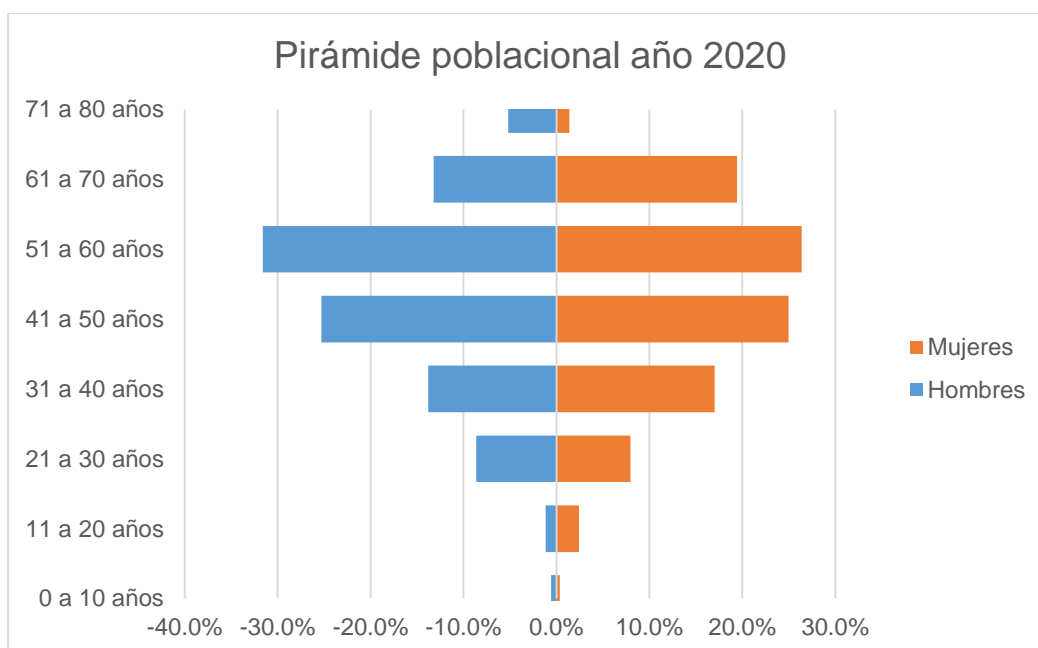
**Fuente:** Base de datos de asegurados con enfermedades crónicas año 2020 **Autores:** Marvin Aguilar, Odir Vindel.

Del total de 462 asegurados con enfermedades crónicas complejas identificadas, el diagnóstico de Multimorbilidad es el que predomina, este definido por la OMS como la presencia de dos o más enfermedades en una persona, seguido por los diagnósticos de Oncología en el que se abarca los diferentes tipos de cáncer por los cuales 74 asegurados recibieron atención para este padecimiento.



Cada una de estas enfermedades según su complejidad, así es el costo económico que se refleja en la atención, ejemplo de ello la Enfermedad Renal Crónica y Lupus Eritematoso Sistémico en la que se identificaron 9 y 7 pacientes respectivamente.

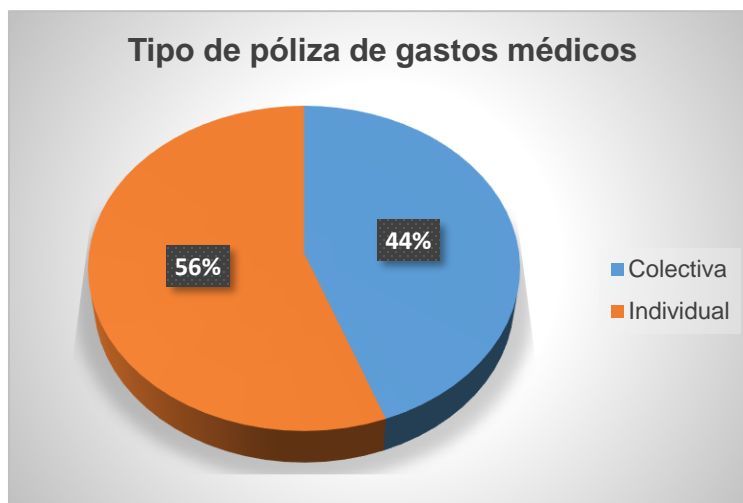
**Gráfico 6.** Pirámide poblacional de asegurados con enfermedades crónicas de compañía aseguradora de El Salvador año 2020



**Fuente:** Base de datos de asegurados con enfermedades crónicas año 2020 **Autores:** Marvin Aguilar, Odir Vindel.

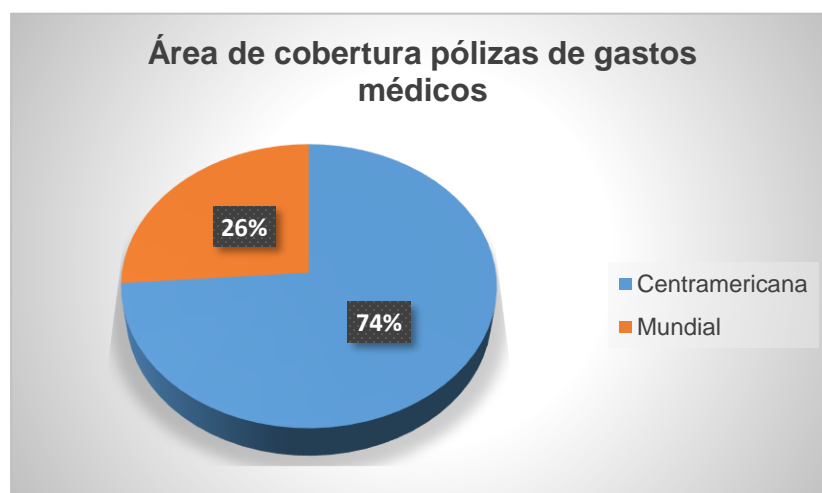
Los 462 asegurados que presentan enfermedades crónicas complejas partir de las características generales de la población representada en la pirámide, se puede prever que los jóvenes son una población menor, siendo esta una base muy estrecha, en los adultos se observa un aumento circunstancial, el cual afecta a ambos sexos predisponiendo a la etapa de adulto mayor al incremento en el padecimiento de enfermedades crónicas, alterando de esta manera el bienestar en esta etapa final de la vida.

**Gráfico 7.** Tipos de póliza de gastos médicos de la población con enfermedades crónicas complejas de una compañía aseguradora en El Salvador año 2020.



**Fuente:** Base de datos de asegurados con enfermedades crónicas año 2020 **Autores:** Marvin Aguilar, Odir Vindel. Los asegurados con enfermedades crónico complejas tienen diferentes planes de cobertura relacionados a las pólizas de gastos médicos. Algunas de estas en especial las de tipo colectivo su principal característica es que son beneficios que les ofrecen las empresas donde laboran. Las sumas aseguradas son menores en comparación con las pólizas de tipo individual. Ante ello se agregan otras condicionantes como las áreas de cobertura las cuales se ven limitadas por zonas geográfica en la que el seguro de gastos médicos puede ser utilizado.

**Gráfico 8.** Áreas de cobertura de las pólizas de gastos médicos, población con enfermedades crónicas complejas, compañía aseguradora en El Salvador año 2020.



**Fuente:** Base de datos de asegurados con enfermedades crónicas año 2020 **Autores:** Marvin Aguilar, Odir Vindel.

Las pólizas de gastos médicos de tipo individual como colectiva, tienen sus variantes en las áreas de cobertura en la cual la póliza mundial su suma asegurada es de \$500 mil dólares americanos, la centroamericana su valor es de \$200 mil dólares americanos. Existen otras variantes como las pólizas de tipo colectiva en la que las sumas aseguradas son inferiores ya que son adquiridas por empresas para poder brindar un beneficio extra a sus colaboradores y muchas de ellas se limitan a el área geográfica de Centro América.

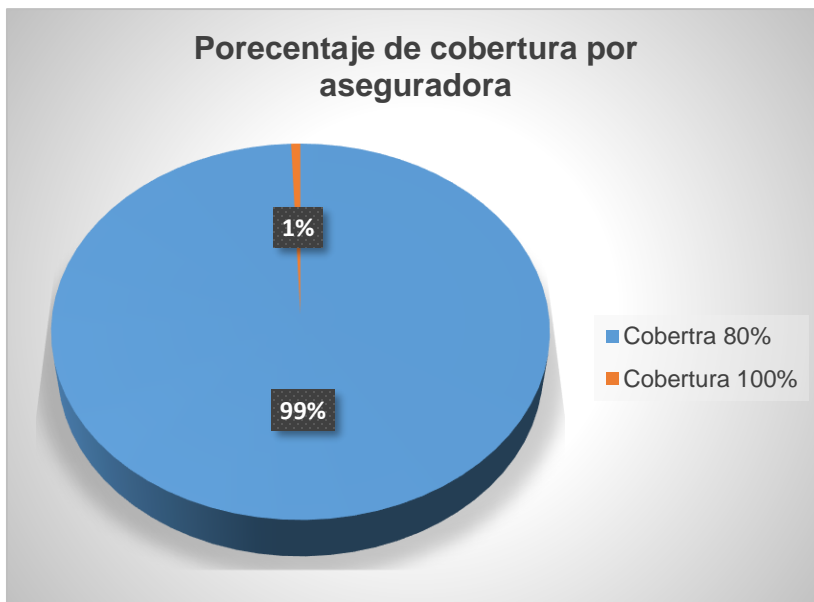
Máximos de cobertura por póliza		
Monto \$	Frecuencia	Porcentaje
10 a 50 mil	87	19%
51 a 100 mil	93	20%
101 a 150 mil	6	1%
151 a 200 mil	158	34%
201 a 250 mil	7	2%
251 a 300 mil	3	1%
301 a 350 mil	3	1%
500 mil	105	23%
	462	100%

*Tabla N° 3 Máximos de cobertura pólizas de Gastos Médicos*

Las sumas aseguradas de las diferentes pólizas representan el máximo vitalicio por el que ha sido contratado el seguro de gastos médicos. Los pacientes con enfermedades crónicas complejas dependiendo de la severidad pueden llegar a consumir gran parte de ellas, ante lo cual en el contrato de este tipo de productos existe una participación significativa del asegurado reclamante, en el total de los gastos que pueda representar en una atención de tipo domiciliar u hospitalario.

Contribuyendo de esta manera a resguardar un poco la suma asegurada, la participación que tiene el asegurado es denominada coaseguro, esta puede ser dependiendo del producto y lugar de atención de un 20% o 30% del monto total de cuenta, honorarios, medicamentos, exámenes de laboratorio entre otros servicios.

**Gráfico 9.** Porcentaje de cobertura, pólizas de gastos médicos en enfermedades crónicas complejas de una aseguradora en El Salvador año 2020.

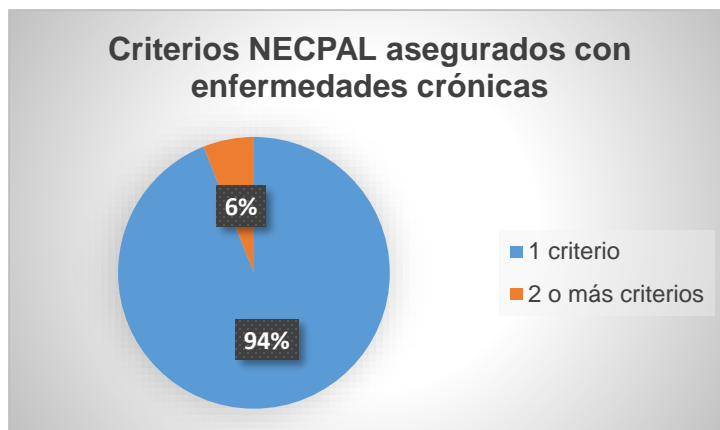


**Fuente:** Base de datos de asegurados con enfermedades crónicas año 2020 **Autores:** Marvin Aguilar, Odir Vindel.

En relación a la anterior tabla N° 3, la participación del asegurado de forma anual se ve limitada en relación a un solo deducible y un monto máximo de coaseguro, el cual al llegar a cubrirse estos dos, es la aseguradora la responsable de cubrir los gastos médicos al 100%, mientras este no es cubierto por el asegurado reclamante debe cumplir con una participación de un 20%, 30% o 50% del monto total de la cuenta, este porcentaje varía según sean los acuerdos contractuales con los que se firmó el seguro.

La gravedad de las enfermedades y la multimorbilidad pueden ser condicionantes de llegar a cubrir estas sumas de participación en una sola intervención, más que nada a nivel hospitalario. Esta complejidad en relación a los padecimientos de los asegurados reclamantes ha influido mucho en la aplicación de herramientas de salud que permitan categorizar la necesidad del tipo de atención.

**Gráfico 10.** Aplicación de criterios NECPAL, asegurados con enfermedades crónicas complejas de una compañía aseguradora en El Salvador año 2020.

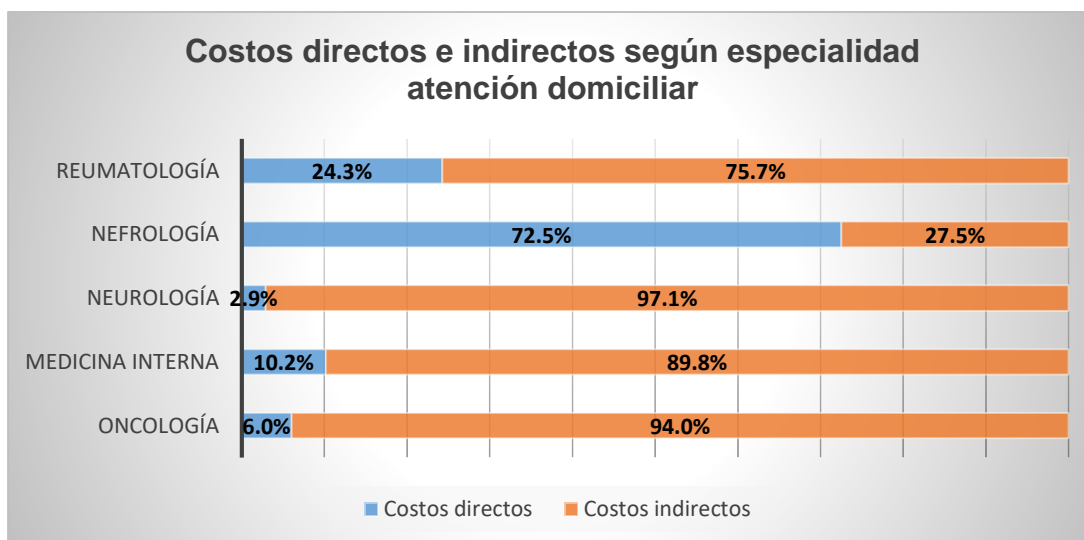


**Fuente:** Base de datos de asegurados con enfermedades crónicas año 2020 **Autores:** Marvin Aguilar, Odir Vindel.

Los criterios NECPAL son un instrumento que permite identificar la necesidad de atención de cuidados de tipo paliativo, debido a la complejidad de la enfermedad. De los 462 asegurados con enfermedad crónico compleja 28 asegurados se identificaron 2 o más criterios, el resto de asegurados presento al menos un criterio.

Esta estrategia permite poder identificar los costos que representan en el cuidado integral de este tipo de pacientes, con ello se pueden generar proyecciones de costos en relación al valor de la atención de forma domiciliar.

**Gráfico 11.** Costos directos e indirectos según especialidad atención domiciliar en una aseguradora de El Salvador año 2020.

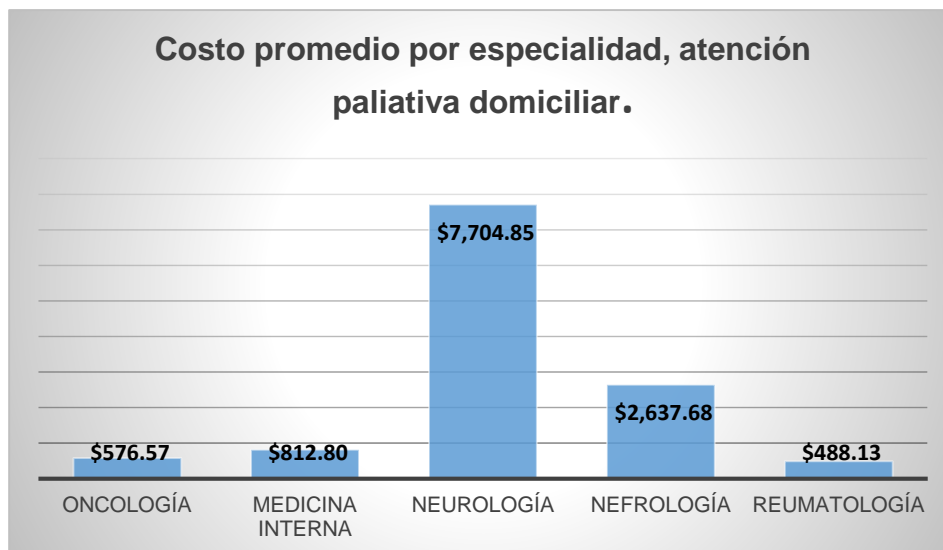


**Fuente:** Base de datos de asegurados con enfermedades crónicas año 2020 **Autores:** Marvin Aguilar, Odir Vindel.

Los costos en la economía para la salud representan el valor de la atención que tiene un paciente en tema monetario, dentro de este se encuentran costos directos e indirectos, en donde a nivel domiciliario la especialidad de Neurología y Oncología generan mayores costos de tipo indirecto, esto debido a la complejidad de las enfermedades en relación al tratamiento y manejo que deben tener.

De igual manera se puede reflejar en el valor promedio que se necesita para cada atención.

**Gráfico 12.** Costos promedio por especialidad, atención paliativa domiciliar, compañía aseguradora de El Salvador, año 2020.



**Fuente:** base de datos asegurados con enfermedades crónicas año 2020. **Autores:** Marvin Aguilar, Odir Vindel.

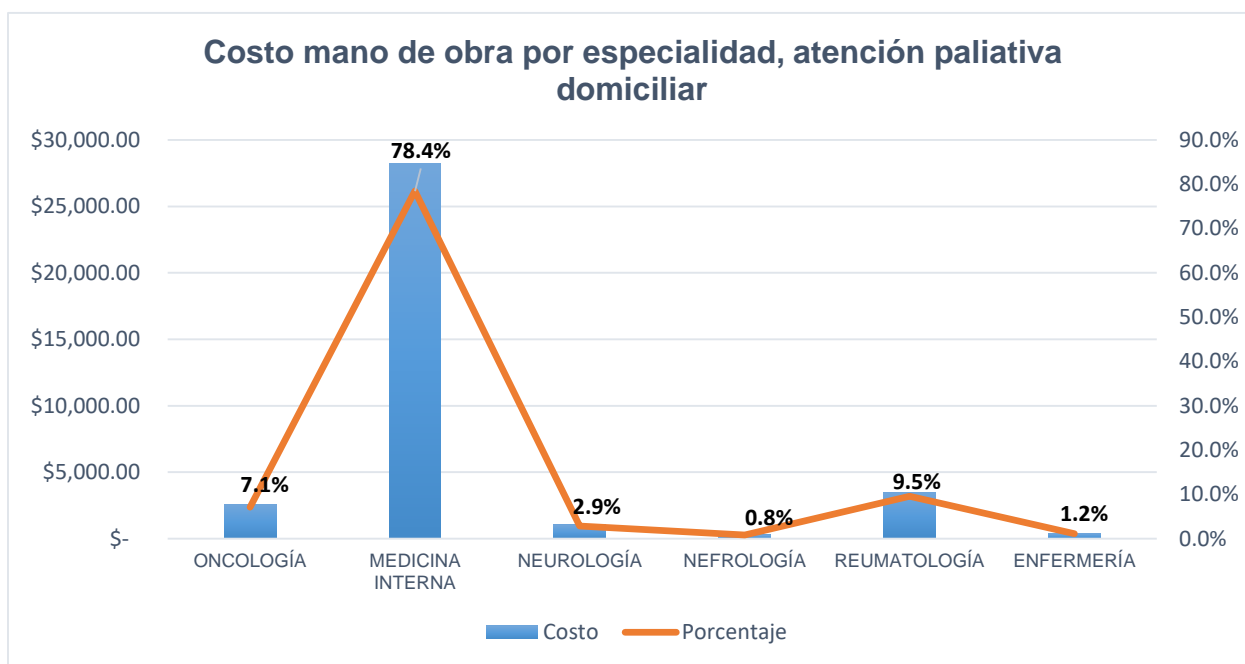
En relación con los diagnósticos de los pacientes que requieren cuidados paliativos, son 5 las especialidades que brindan atención, de las cuales la que representa un costo promedio más elevado es Neurología, que proporciona seguimiento a los pacientes con diagnóstico de Esclerosis Múltiple; este se debe principalmente al tipo de medicamentos de costos elevados que son indicados a los pacientes.

Si bien es cierto que los costos totales generados por la atención de la especialidad de Medicina Interna son más elevados, el hecho que la cantidad de pacientes atendidos por la misma sea también la más alta (multimorbilidad, 74% del total de pacientes crónicos complejos), implica que su costo promedio no sea el más elevado, siendo el tercero de las cinco especialidades.

Sin embargo, en cuanto a la mano de obra se observa una distribución contraria, puesto que el costo de este rubro es más elevado para la especialidad de Medicina Interna, representado el 78.4%; lo que concuerda con la cantidad de pacientes a quienes brinda seguimiento dicha especialidad. Mientras que con la especialidad de Neurología a la que se hizo referencia anteriormente, al solamente haber brindado seguimiento al 2% de pacientes crónicos complejos (como se muestra en gráfico x), sus costos por mano de obra se ubican en la tercera posición, lo cual se puede ver reflejado en el siguiente gráfico.

Además, se muestran los costos por mano de obra de enfermería que, si bien no constituye una especialidad médica, sí representa un costo de atención directa al individuo, pues debe estar capacitado en la atención de algunas enfermedades en particular, aunque no es uno de los más elevados, pues solamente asciende al 1.2% de la mano de obra total para la población en estudio.

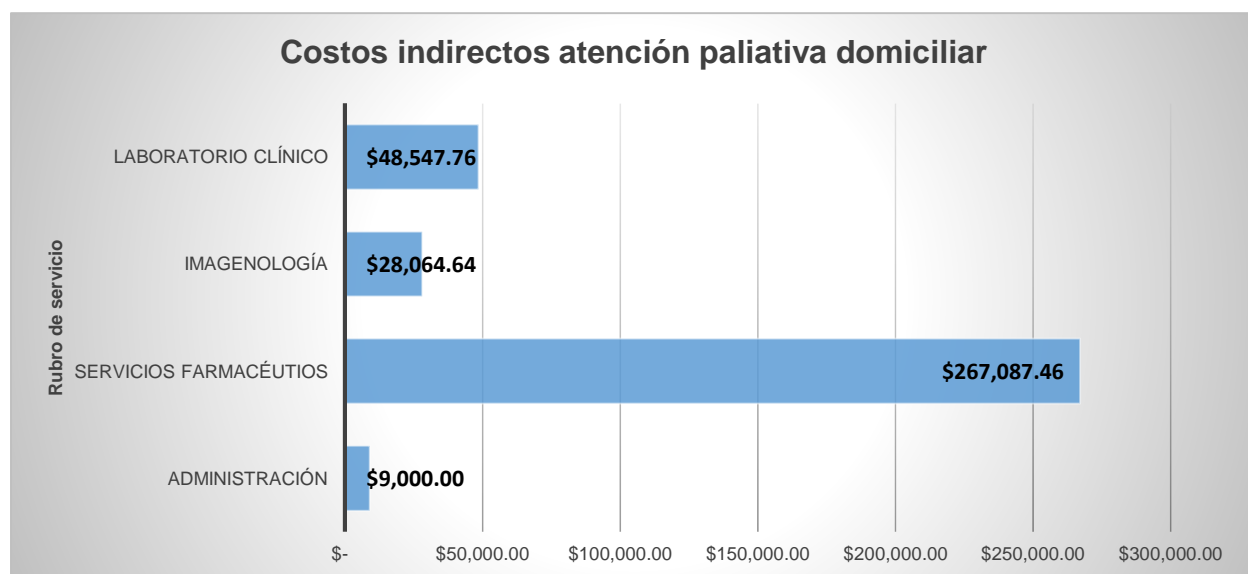
**Gráfico 13.** Distribución de costos de mano de obra por especialidad, atención paliativa domiciliar, compañía aseguradora de El Salvador, año 2020.



**Fuente:** base de datos asegurados con enfermedades crónicas año 2020. **Autores:** Marvin Aguilar, Odir Vindel.

Por otro lado, es de importancia abordar los costos indirectos de la atención paliativa domiciliar, pues se muestran rubros indispensables para garantizar la prestación de servicios a los pacientes.

**Gráfico 14.** Distribución de costos indirectos de atención paliativa domiciliar, compañía aseguradora de El Salvador, año 2020.



**Fuente:** base de datos asegurados con enfermedades crónicas año 2020. **Autores:** Marvin Aguilar, Odir Vindel.

Si bien es cierto que los costos administrativos constituyen el rubro más bajo, estos son permanentes, pues para la compañía aseguradora implica el salario de un profesional médico con funciones de coordinador del programa, quien tiene entre sus actividades realizar todas las gestiones para garantizar que se presten los servicios a los pacientes que formen parte del programa de cuidados paliativos.

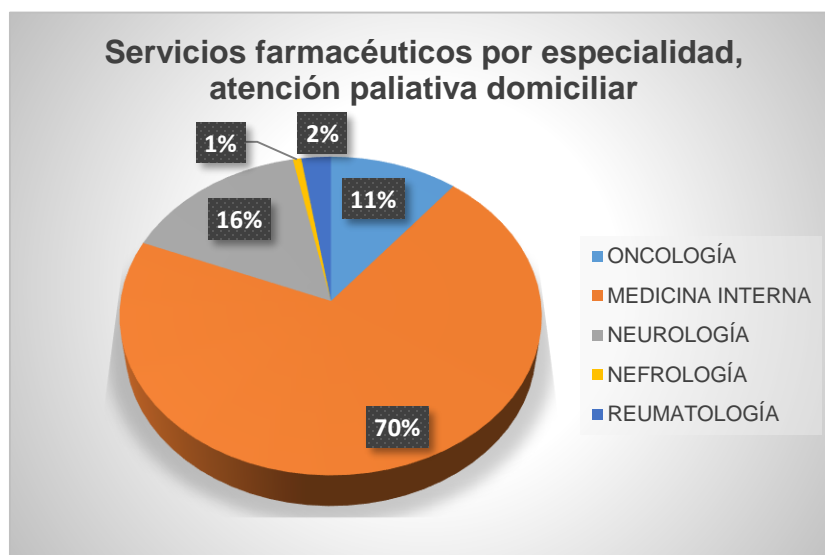
Por otro lado, se pone en evidencia que el rubro con mayores costos es el de servicios farmacéuticos, esto debido a que los tratamientos algunos son de costos elevados, pero además representan un costo permanente para el manejo de los pacientes; no así los relacionados con estudios complementarios, que no se incurren con regularidad sino más bien de acuerdo con la necesidad particular de cada paciente.

De este rubro de servicios farmacéuticos, la distribución según especialidades muestra que el mayor costo es generado a partir de la atención por Medicina Interna (ver gráfico 16), lo cual coincide con lo expuesto anteriormente respecto a la mano de obra, por lo



que se puede deducir que se debe a que esta especialidad brinda seguimiento al porcentaje más elevado de pacientes dentro de los pacientes crónicos complejos.

**Gráfico 15.** Distribución de costos de servicios farmacéuticos por especialidad, atención paliativa domiciliar, compañía aseguradora de El Salvador, año 2020.

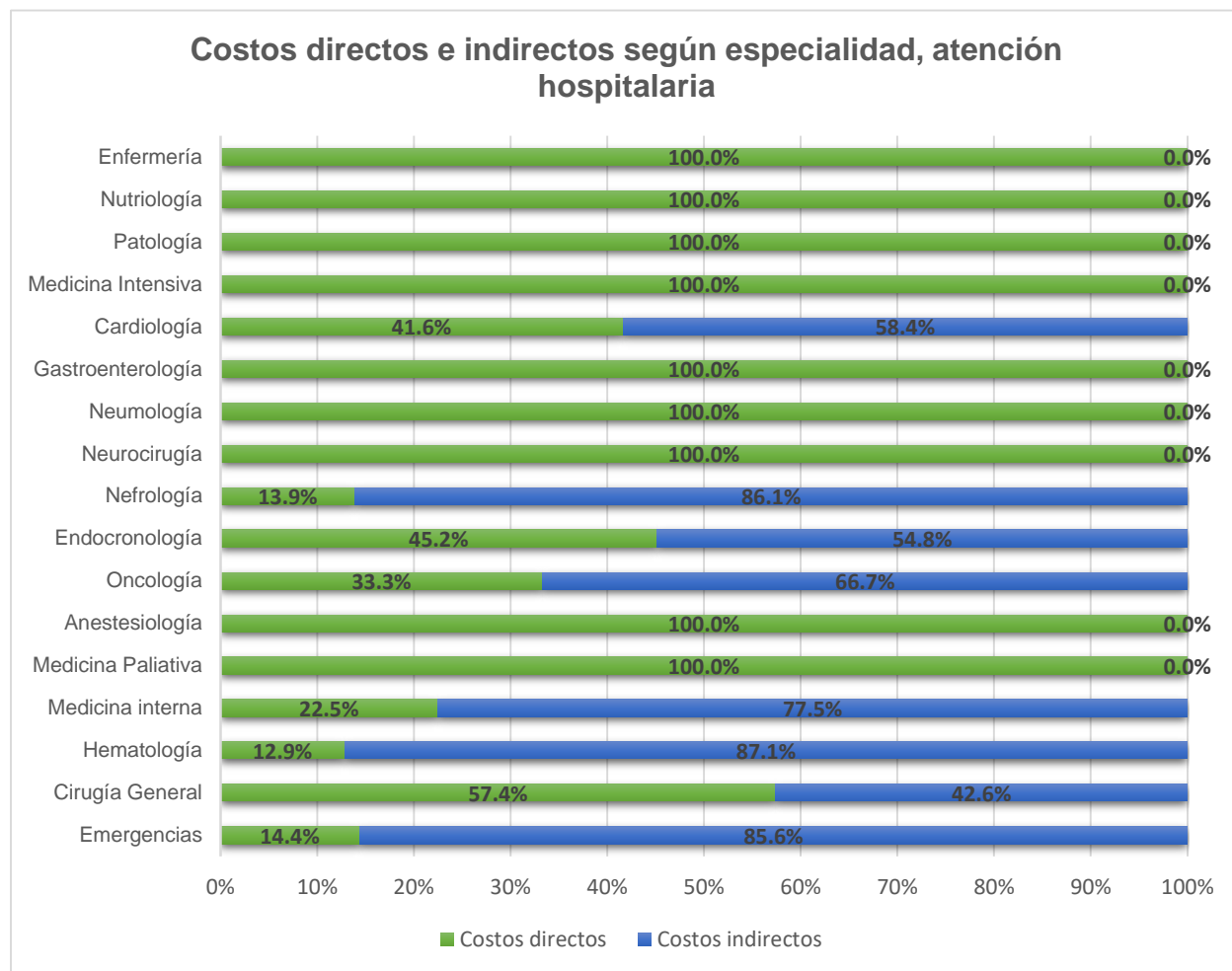


**Fuente:** base de datos asegurados con enfermedades crónicas año 2020. **Autores:** Marvin Aguilar, Odir Vindel.

Por otro lado, con frecuencia los pacientes presentan agudizaciones de sus enfermedades crónicas, esto implica en ocasiones la necesidad de atención hospitalaria para poder lograr estabilización y continuar con el manejo domiciliar; sin embargo, en algunos de los pacientes la atención hospitalaria no es solamente para la atención de procesos agudos, sino también para brindar atenciones paliativas más complejas, o en algunos otros casos por elección del paciente mismo o su familia, prefieren recibir sus cuidados en una institución sanitaria.

Dentro de las instituciones hospitalarias la cantidad de especialidades que brindan atención es más amplia, porque algunas son las que dan el manejo principal, mientras que muchas otras solamente hacen las funciones de especialidades interconsultantes o participan en un momento específico de la atención del paciente (el médico anestesiólogo, por ejemplo).

**Gráfico 16.** Distribución de costos directos e indirectos por especialidad, atención paliativa hospitalaria, compañía aseguradora de El Salvador, año 2020.



**Fuente:** base de datos asegurados con enfermedades crónicas año 2020. **Autores:** Marvin Aguilar, Odir Vindel.

Las especialidades que generan costos indirectos son aquellas que se caracterizan por brindar el manejo principal a los pacientes, son las especialidades tratantes; por lo que son las áreas en las que el paciente es hospitalizado y a partir de la cual se indican estudios complementarios, medicamentos y todos aquellos servicios que integran la atención del paciente. Dichas especialidades para el grupo de estudio son Cardiología, Nefrología, Endocrinología, Oncología, Medicina Interna, Hematología, Cirugía General y el área de emergencias.

Mientras que el resto de especialidades son interconsultantes, por lo que los gastos que presentan son principalmente por mano de obra para la atención directa del paciente; hay que destacar, que estas especialidades, aunque no son las que brindan el manejo

principal en la atención hospitalaria, sí representan una parte fundamental para la atención del paciente en cuidados paliativos, como la Medicina Paliativa misma, o la Nutrición, entre otras.

**Gráfico 17.** Costo promedio por especialidad, atención paliativa hospitalaria, compañía aseguradora de El Salvador, año 2020.

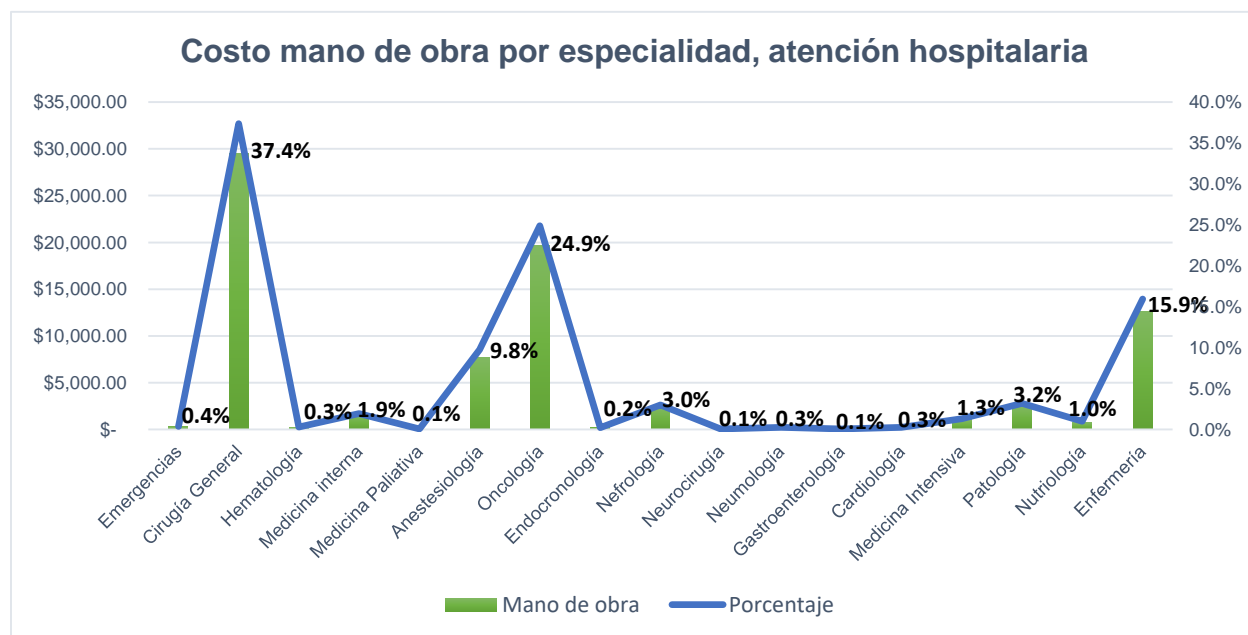


**Fuente:** base de datos asegurados con enfermedades crónicas año 2020. **Autores:** Marvin Aguilar, Odir Vindel.

En cuanto a las especialidades tratantes, Nefrología es la que representa el costo promedio más elevado por servicio brindado, pudiendo estar relacionado con el hecho que los pacientes con Insuficiencia Renal reciben sesiones de diálisis con cierta regularidad; esta especialidad es seguida por Oncología, que también representa un costo promedio elevado, pues estos pacientes reciben quimioterapias paliativas a nivel hospitalario, o se les realizan procedimiento quirúrgicos con el propósito de evitar afectación de más órganos debido a la enfermedad oncológica, aunque esto no representa una cura para el paciente, sino más bien parte de la atención paliativa. Los costos promedio de estas dos especialidades muestran una diferencia relevante respecto a Emergencia y Cardiología, que representan los costos promedio más bajos.

No obstante, los costos de mano de obra muestran variaciones en relación con los costos promedio por especialidad, puesto que la especialidad de nefrología, que presenta el costo promedio más elevado, solamente constituye el 3% de mano de obra. Mientras que la especialidad de cirugía es la que tiene costos más elevados por mano de obra, esto debido a que los honorarios por procedimientos quirúrgicos son más onerosos que los honorarios por visitas médicas de seguimiento por el resto de las especialidades.

**Gráfico 18.** Distribución de costos de mano de obra por especialidad, atención paliativa hospitalaria, compañía aseguradora de El Salvador, año 2020

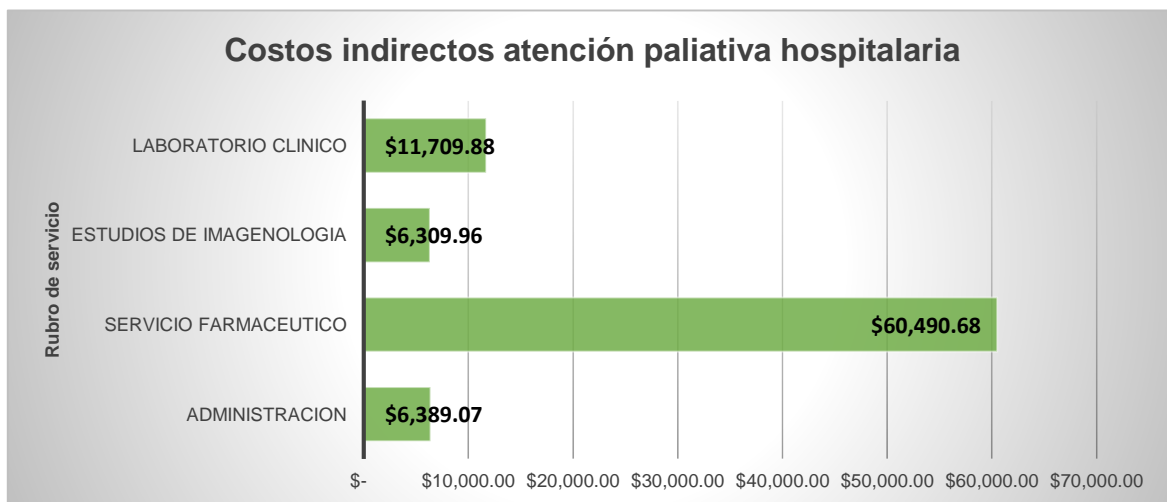


**Fuente:** base de datos asegurados con enfermedades crónicas año 2020. **Autores:** Marvin Aguilar, Odir Vindel.

De importancia resaltar que la especialidad de Oncología se ubica en la segunda posición en costos de mano de obra, al igual que en costos promedio por especialidad; los pacientes con enfermedades oncológicas son hospitalizados con mayor frecuencia para recibir algún tipo de atención paliativa, ya sean procedimientos quirúrgicos o algún tipo de quimioterapia.

Enfermería si bien es cierto que no constituye una especialidad médica, sí representa una atención directa al paciente y que es de vital importancia, por lo que se puede observar que implica costos de mano de obra relevantes, siendo el 15.9% del total.

**Gráfico 19.** Distribución de costos indirectos, atención paliativa hospitalaria, compañía aseguradora de El Salvador, año 2020.



**Fuente:** base de datos asegurados con enfermedades crónicas año 2020. **Autores:** Marvin Aguilar, Odir Vindel.

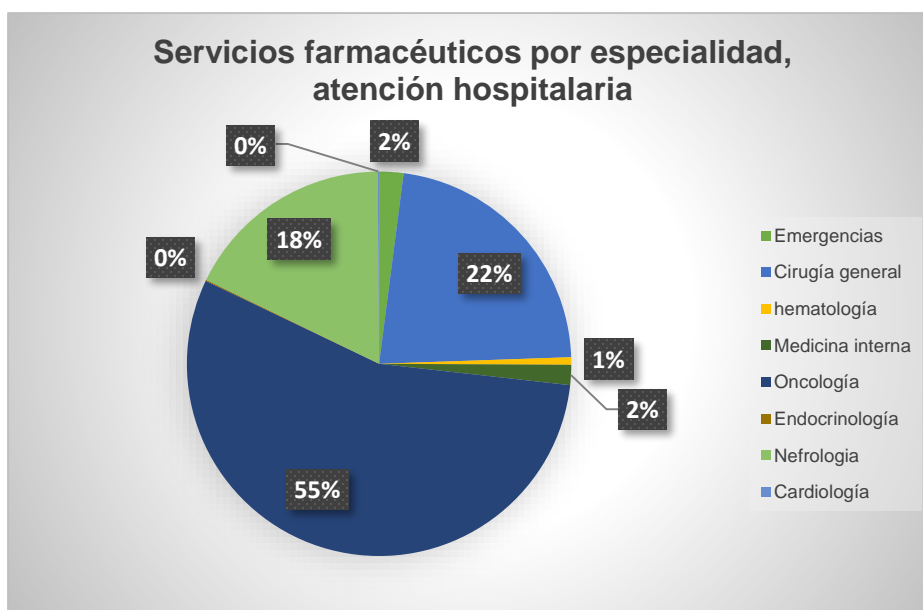
Por otra parte, de los costos indirectos de la atención paliativa hospitalaria el servicio farmacéutico es el más elevado, lo cual está relacionado con el costo de medicamentos para quimioterapia principalmente, ya que estos tienden a ser más onerosos en comparación con el resto de medicamentos.

Los costos administrativos si bien es de los más bajos, este es variable con cada hospitalización dependiendo del tipo de atención brindada al paciente, e incluso dependiendo de la institución hospitalaria en la cual se presta el servicio.

De los servicios farmacéuticos, la especialidad de oncología es la que representa mayor costo que, como se mencionó anteriormente, se relaciona con el tipo de medicamentos para las quimioterapias, pues solamente esta especialidad constituye más de la mitad de los costos por estos servicios.

Mientras que la especialidad de Cirugía General, cuyos costos de mano de obra son los más elevados, se ubica en la segunda posición respecto a los costos por servicios farmacéuticos.

**Gráfico 20.** Distribución de costos de servicios farmacéuticos por especialidad, atención paliativa hospitalaria, compañía aseguradora de El Salvador, año 2020.

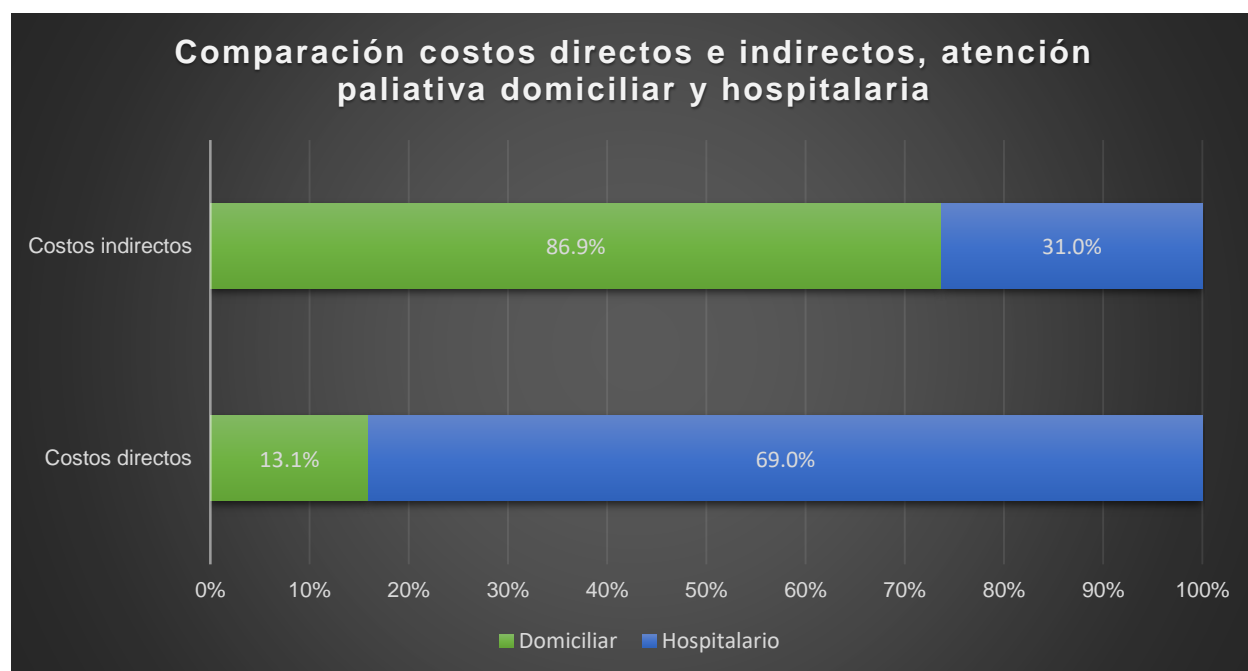


**Fuente:** base de datos asegurados con enfermedades crónicas año 2020. **Autores:** Marvin Aguilar, Odir Vindel.

Los cuidados paliativos constituyen una atención de gran relevancia para los pacientes con enfermedades crónicas avanzadas y complejas, pues, aunque no brindan cura para sus enfermedades, si proporcionan una mejor calidad de vida en la progresión de la enfermedad. Este tipo de atención, puede brindarse ya sea a nivel hospitalario o domiciliario, en dependencia de la condición particular de cada paciente, la preferencia del paciente mismo o su familia e, incluso y no menos importante, de la disponibilidad de servicios para una u otra modalidad de atención.

Los costos varían de la atención domiciliar a la hospitalaria, hay rubros con una distribución inversa de sus costos entre ambas modalidades, o incluso algunos costos que solamente se incurren en una de las dos formas de atención. A continuación, se muestra la comparación entre algunos de los rubros de ambas modalidades de prestación de cuidados paliativos.

**Gráfico 21.** Comparación de costos directos e indirectos, atención paliativa domiciliar y hospitalaria, compañía aseguradora de El Salvador, año 2020.

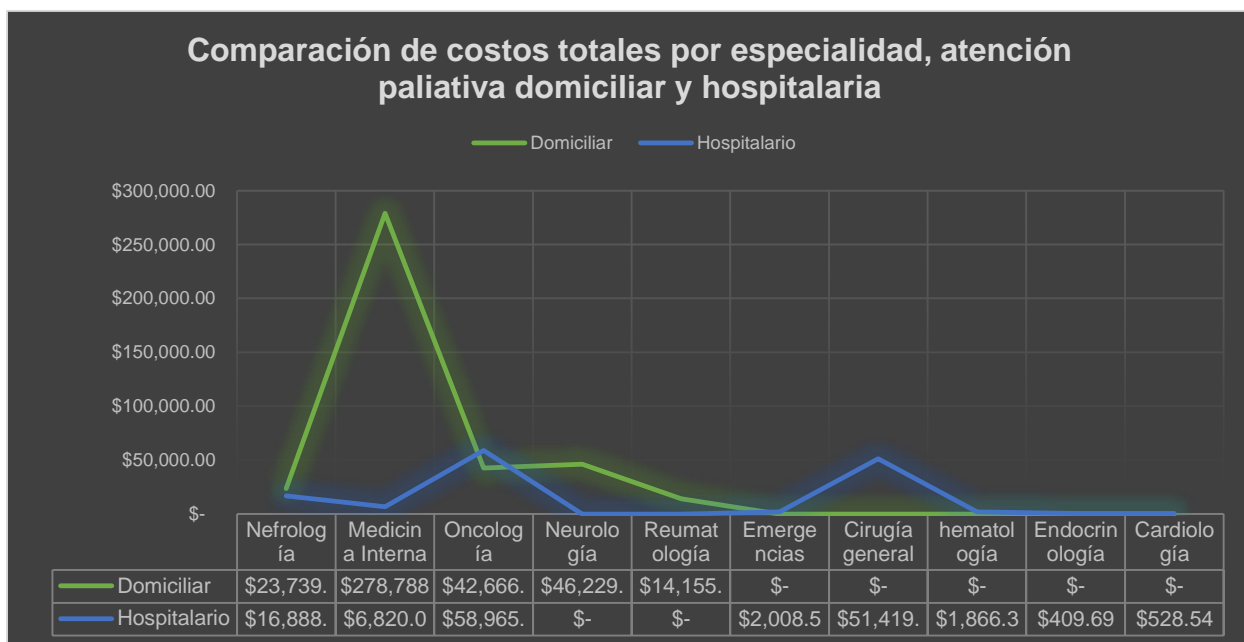


**Fuente:** base de datos asegurados con enfermedades crónicas año 2020. **Autores:** Marvin Aguilar, Odir Vindel.

En la atención paliativa domiciliar, los profesionales médicos determinan la periodicidad de los seguimientos que brindarán a los pacientes, lo que dependerá de la condición particular de cada individuo; en cuanto a la atención de enfermería también es variable, pues hay pacientes que requieren de cuidados permanentes, mientras que otros solamente para la aplicación de medicamentos, por ejemplo. Esto implica que la mayor parte de los costos en este tipo de atención se orienten hacia servicios auxiliares como estudios complementarios, servicios farmacéuticos, entre otros. Esto se traduce en el hecho que para la atención paliativa domiciliar, los costos indirectos representen un porcentaje considerablemente mayor respecto a los costos directos de atención al paciente.

De forma inversa ocurre con la atención paliativa hospitalaria que, como se muestra en el gráfico, los costos directos de atención son más elevados en relación con los costos indirectos. Puesto que el seguimiento durante la internación hospitalaria es constante, además de haber procedimientos o atenciones que en esta modalidad son más onerosos.

**Gráfico 22.** Comparación de costos totales por especialidad, atención paliativa domiciliar y hospitalaria, compañía aseguradora de El Salvador, año 2020.



**Fuente:** base de datos asegurados con enfermedades crónicas año 2020. **Autores:** Marvin Aguilar, Odir Vindel.

Como se describió anteriormente, las especialidades que brindan servicios a nivel hospitalario son más variadas que en la atención domiciliar; sin embargo, tres de ellas atendieron a pacientes en ambas modalidades, estas fueron Nefrología, Medicina Interna y Oncología. Es de destacar la especialidad Medicina interna, cuyos costos totales muestran una diferencia relevante entre ambas modalidades de atención, predominando a nivel domiciliar, debido a que es la que brinda seguimiento a un porcentaje mayor de la población estudiada.

Por otro lado, Oncología muestra costos más elevados en la atención paliativa hospitalaria, aunque éstos no se encuentran muy por encima de los costos domiciliarios. Mientras que Nefrología representa menores costos para la atención hospitalaria, la diferencia no es tan marcada respecto a la atención domiciliar.

Sin embargo, el resto de especialidades se distribuyen de forma diferente, pues algunas de ellas solamente brindaron atención a nivel domiciliar (como Neurología y Reumatología) y otras solamente a nivel hospitalario, de las cuales hay que destacar Cirugía General, pues es una especialidad fundamentalmente hospitalaria.



**Gráfico 23.** Comparación de costos promedio según modalidad de atención paliativa, compañía aseguradora de El Salvador, año 2020.

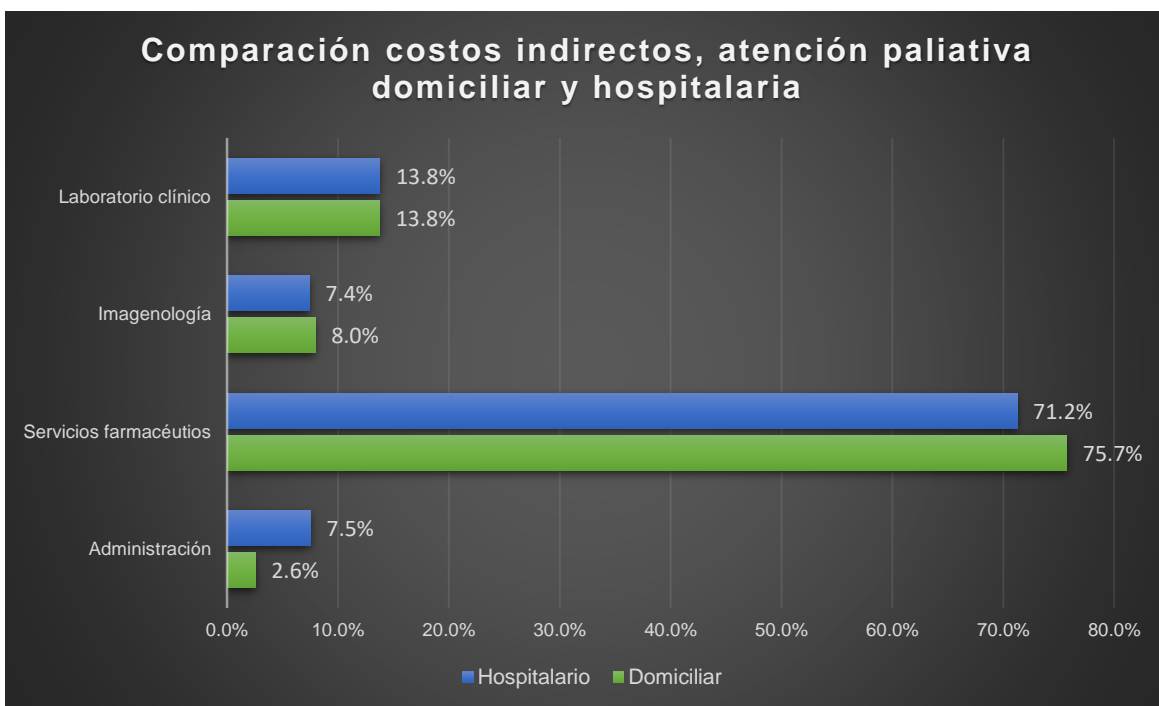


**Fuente:** base de datos asegurados con enfermedades crónicas año 2020. **Autores:** Marvin Aguilar, Odir Vindel.

Los costos de atención son variables de acuerdo con el diagnóstico y la condición de cada paciente, pues esto determina la frecuencia de seguimientos, el tipo de medicamentos o estudios que se le indican y el tipo de atención que requiere cada individuo. Sin embargo, los costos promedio de la atención hospitalaria para los asegurados incluidos en el estudio, fue considerablemente mayor en comparación con la atención paliativa domiciliar, que solamente representa el 12.6% en relación con la hospitalaria.

Por otro lado, al efectuar una comparación entre los costos directos de la atención paliativa domiciliar y la atención paliativa hospitalaria, se puede evidenciar que el rubro de servicios farmacéuticos es el que representa costos más elevados para ambas modalidades de atención, teniendo una distribución porcentual similar. De igual manera, el rubro de laboratorio clínico tiene una distribución igual para ambas formas de atención paliativa, representando un 13.8% tanto para la atención domiciliar como para la hospitalaria.

**Gráfico 24.** Comparación de costos indirectos según modalidad de atención paliativa, compañía aseguradora de El Salvador, año 2020.



**Fuente:** base de datos asegurados con enfermedades crónicas año 2020. **Autores:** Marvin Aguilar, Odir Vindel.

Hay que destacar que en el rubro de administración se muestran diferencias representativas, pues en la atención hospitalaria estos costos ascienden al 7.5% del total de los costos indirectos, siendo casi el triple en comparación con lo que representa este rubro para la atención paliativa domiciliar.

## **B. Discusión de resultados**

El proceso salud – enfermedad es complejo en cuanto a su abordaje en el ser humano, siendo necesario en ocasiones la prestación de cuidados prolongados que, si bien no representan un tratamiento curativo, sí se enfocan en la búsqueda del bienestar del individuo; es así como surgen los cuidados paliativos, una especialidad de las ciencias médicas de reciente comienzo, dirigida precisamente a brindar ese acompañamiento al paciente frente a condiciones de salud poco favorables.

Los cuidados paliativos han experimentado una serie de transformaciones, pasando de una atención puramente hospitalaria o a nivel de hospicios, a una atención domiciliar más enfocada en el bienestar del paciente; además, de estar en sus comienzos orientada a la atención de pacientes oncológicos al final de la vida, a tener actualmente una visión más holística, brindando atención a pacientes con enfermedades no oncológicas o como se conoce más recientemente, pacientes con enfermedades crónicas avanzadas o complejas.

Esta atención a la población con enfermedades crónicas avanzadas se ve limitada en gran medida por el poco desarrollo de políticas públicas sobre cuidados paliativos en los países de Latinoamérica, que estén dirigidas a pacientes con necesidades de acompañamientos especializados y en ocasiones prolongados; esto en parte se encuentra relacionado a la prioridad que se genera en los diferentes sistemas de salud hacia las tecnologías destinadas a tratamientos curativos y métodos de diagnóstico sofisticados, relegando a un segundo plano los cuidados del paciente con enfermedades progresivas y con limitadas opciones terapéuticas. (32)

En los países latinoamericanos el perfil epidemiológico tiene una distribución similar de las enfermedades crónicas avanzadas, teniendo un comportamiento también parecido con países desarrollados (12); en El Salvador, la distribución de los pacientes con necesidad de cuidados paliativos es similar al resto de países de Latinoamérica, sin embargo, los estudios sobre cuidados paliativos y análisis de costos son escasos, por lo que se hace referencia a estudios internacionales en el área.

En una investigación sobre cuidados paliativos realizada en Ecuador, en la cual se aplicó el instrumento NECPAL a pacientes que requerían medidas paliativas, muestra una distribución de las enfermedades crónicas no complejas y las enfermedades crónicas complejas en relación con la necesidad de cuidados paliativos, refleja que de la población en estudio el 60% no requería de cuidados paliativos, mientras que el 40% sí los requería (17); en la presente investigación los porcentajes son del 84% y 16% para los pacientes con enfermedades crónicas no complejas y con enfermedades crónicas complejas, respectivamente, se observa que hay un comportamiento similar al ser el menor porcentaje aquellos pacientes con enfermedades crónicas complejas y necesidad de cuidados paliativos.

Los pacientes incluidos en el presente estudio, con enfermedades crónicas complejas y necesidad de cuidados paliativos muestran una elevada multimorbilidad, representando el 74% del total, lo que coincide con la literatura revisada, en la que se muestra que la alta comorbilidad es común en la mayoría de estudios; sin embargo, en estas investigaciones las enfermedades oncológicas se ubican en el quinto lugar, siendo superadas por las enfermedades neurológicas y endocrino metabólicas, contrastando con la población estudiada en este análisis de costos, en el que los pacientes con enfermedades oncológicas se ubican en la segunda posición, mientras que las enfermedades neurológicas (representadas por la esclerosis múltiple) tiene el menor porcentaje. (18)

Por otro lado, en cuanto a la distribución según sexo, en los estudios consultados se muestra que la necesidad de cuidados paliativos es mayor para el sexo femenino y a edades más avanzadas (11,18), mostrando la pirámide poblacional del presente estudio un comportamiento similar, pues el 62% de los pacientes que recibió cuidados paliativos corresponde al sexo femenino, notándose un incremento por encima de los 60 años de edad; no obstante, es importante recalcar que la población con necesidad de cuidados paliativos en este análisis se concentró entre los rangos de edades de 41 a 60 años.

Al hacer referencia a las especialidades que predominan en la atención de pacientes con necesidad de cuidados paliativos a nivel hospitalario, dos estudios coinciden en que es Medicina Interna la que predomina, siendo un estudio realizado en Ecuador y el otro en

España, mostrando que el manejo de las enfermedades crónicas complejas requiere una atención más amplia, sobre todo por el predominio de la multimorbilidad (17,18); mientras que en el presente análisis, la especialidad de Cirugía es la que atiende a un mayor porcentaje de pacientes, ubicándose en segundo lugar Medicina interna, pese a que los costos de estas dos especialidades no son los más elevados, mostrando mayores costos Nefrología y Oncología debido al tipo de tratamientos que estas brindan.

Los costos indirectos de la atención paliativa domiciliar en la presente investigación muestran que lo relacionado a gastos administrativos representa el menor porcentaje, habiendo un predominio en los costos por medicamentos; esto coincide con lo encontrado en la literatura, donde se hace referencia a que el consumo de medicamentos es mayor en los pacientes, respecto al resto de servicios que les son proporcionados como parte de la atención paliativa domiciliar. (6)

En un análisis realizado en España, donde se tratan aspectos económicos en torno al final de la vida, se hace referencia a que el costo promedio de cuidados paliativos oscila entre \$35,000.00 y \$40,000.00 dólares americanos, dependiendo del tiempo por el cual se brindan estos servicios; además, se hace alusión a un estudio efectuado hacia el año 1995, en el que el costo promedio de atención paliativa alcanzaba los \$21,329.00 dólares. (31)

En la población del presente estudio, los costos promedio de atención paliativa hospitalaria alcanzan los \$6,229.63 dólares americanos y a nivel domiciliar son de \$787.23, mientras que en el estudio citado anteriormente estos son de \$20,222.00 y \$12,670.00, respectivamente (31); haciendo la reseña que en esta investigación se considera únicamente el periodo de un año y no el costo promedio desde que el paciente ingresa al programa hasta que fallece; sin embargo, en ambos estudios el costo de la atención hospitalaria se encuentra por encima de la domiciliar.

Además, como parte de la literatura identificada, se encuentra una relación 7:1 a 11:1 de los costos de atención paliativa domiciliar respecto a la hospitalaria (6,31), encontrándose en este análisis de costos un comportamiento similar, con una relación 8:1 para el periodo de un año; ante ello se pone en evidencia que la atención paliativa a

nivel domiciliario representa menores costos, ya sea para las instituciones que financian estos tipos de atenciones, como para el paciente mismo y su familia.

Uno de los factores favorables de la atención paliativa domiciliar y de sus bajos costos, radica en contar con un equipo interdisciplinario que abarque todas las áreas de necesidad del paciente, desde lo físico, psicológico y espiritual, considerando la participación activa del núcleo familiar, esto contribuye al uso racional y eficiente de los recursos sanitarios disponibles, frente a la utilización elevada de dichos recursos para la atención de las enfermedades crónicas avanzadas.

Dado que la atención paliativa constituye una prestación de servicios de salud integrales, representa una responsabilidad para diferentes actores, en la que la compañía aseguradora asume un rol relevante desde la gestión de los riesgos en salud relacionados con las enfermedades crónicas avanzadas, al diseñar un programa de atención paliativa domiciliar, en el que los resultados muestran que los costos son significativamente menores en comparación con la prestación de este tipo de servicios a nivel hospitalario. A su vez, el programa permite la identificación y prevención de complicaciones agudas que requieran de atención hospitalaria, relacionadas con las enfermedades crónicas, esto como parte de los resultados del seguimiento continuo de los pacientes.

De igual manera, es importante poder incentivar el desarrollo de investigaciones tanto en el ámbito de los cuidados paliativos como en el análisis de costos en salud en El Salvador, con el fin de generar discusiones más amplias y apegadas a la realidad sanitaria, social y económica del país, a partir de las cuales se produzcan estrategias para la implementación de estos tipos de servicios y brindar una mejor atención a los usuarios según sus necesidades.

## **CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENCACIONES**

### **CONCLUSIONES**

La población con enfermedades crónicas presenta necesidades de atención sanitaria de diversa índole, siendo una menor proporción aquellas que experimentan enfermedades crónicas complejas y que requieren de cuidados paliativos; esta población en su mayoría se concentra entre la 5ta y 6ta décadas de la vida, aunque regularmente existe un predominio del sexo femenino en edades avanzadas. Las condiciones de salud de estos pacientes son variadas, ya que factores como la multimorbilidad hace que sus necesidades sean incluso más complejas, cumpliendo la mayor parte de ellos con al menos uno de los criterios del instrumento NECPAL.

Las pólizas de seguros de gastos médicos representan una opción para empresas que buscan proporcionar beneficios extra a sus empleados, así como lo es para parte de la población de forma individual, con el propósito de acceder de forma oportuna a servicios especializados de atención sanitaria; cerca de la mitad de la población con enfermedades crónicas complejas tiene acceso a estas pólizas como beneficio proporcionado por sus patronos, las cuales pueden variar en sus coberturas, yendo desde los \$25,000.00 hasta los \$500,000.00; sin embargo, aún bajo estas coberturas, casi la totalidad de los pacientes debe asumir un 20% del total de los costos incurridos, por lo que siempre representa un gasto de bolsillo para el paciente.

La atención domiciliar en cuidados paliativos es relativamente de reciente comienzo, como parte de la búsqueda de generar mayor bienestar a los pacientes con enfermedades crónicas avanzadas. La multimorbilidad muestra un predominio entre esta población, requiriendo de seguimientos más frecuentes y principalmente por Medicina Interna, la cual representa mayores costos en mano de obra debido a la frecuencia y cantidad de pacientes a los que brinda atención; esto implica que los servicios farmacéuticos generados por esta rama de la medicina sean también más elevados. Por lo que los servicios de cuidados paliativos se enfocan no solamente en las enfermedades principales de los pacientes, sino en una gestión integral de los efectos de las comorbilidades en la evolución de cada individuo y los costos que estas generan.

Parte de las enfermedades crónicas avanzadas requieren de atención hospitalaria, ya sea para el manejo de complicaciones agudas o como parte de atención paliativa, principalmente la Enfermedad Renal Crónica que requiere de tratamientos continuos como las hemodiálisis, y las enfermedades oncológicas que con cierta frecuencia se les efectúan procedimiento quimioterápicos o quirúrgicos con objetivos paliativos. En concordancia con esto, los costos promedios más elevados en la atención paliativa hospitalaria se evidencian en las especialidades de Nefrología y Oncología, mientras que en cuanto a mano de obra hay un incremento en la especialidad de Cirugía, seguido de Oncología. Es relevante hacer mención de lo fundamental que es la atención de enfermería a nivel hospitalario para el acompañamiento constante de los pacientes, lo que se refleja en los costos, siendo una de las áreas con un mayor consumo de recursos en mano de obra.

La prestación de servicios paliativos a nivel domiciliar y hospitalario varían de acuerdo a la condición y necesidades del paciente, e incluso la decisión de brindarse en una u otra modalidad está influida en cierta medida por la preferencia del paciente o su familia. Al igual que sus servicios son variables, sus costos muestran diferencias considerables, puesto que a nivel domiciliar el costo promedio es de \$787.23 mientras que a nivel hospitalario asciende a \$6,229.63, existiendo una relación 8:1. Esta diferencia marcada en parte está determinada por los costos indirectos que, a pesar que los servicios farmacéuticos muestran un comportamiento similar, los servicios administrativos a nivel hospitalario son más elevados, alcanzando hasta 3 veces el costo de este rubro respecto a la modalidad domiciliar. Esto demuestra que los costos administrativos encarecen la atención paliativa hospitalaria, siendo este uno de los factores que permite una mayor eficiencia de los recursos económicos y sanitarios con la atención domiciliar.

Las enfermedades crónicas avanzadas representan elevados costos de atención debido a diversos factores como la multimorbilidad, la frecuencia de seguimientos, la gran cantidad de medicamentos para su control, entre otros; esto implica un considerable gasto de bolsillo para la población con este tipo de enfermedades y, en los casos de aquellos que cuentan con seguros de gastos médicos, representa un costo de inversión en sus coberturas como institución financiadora. Esto demuestra la importancia de la



gestión del riesgo de las enfermedades crónicas avanzadas por parte de la compañía aseguradora, proporcionando beneficios diversos que van desde generar un mayor bienestar a los pacientes además de hacer un uso racional de los limitados recursos sanitarios con que se cuentan.

## RECOMENDACIONES

### ➤ **Para la compañía aseguradora:**

Implementar el análisis de costos de los diferentes programas y servicios que se prestan en el área de salud de la compañía, aplicando la Metodología de Gestión Productiva de los Servicios de Salud, para la determinación de cuáles son las áreas que están consumiendo más recursos, cuyos resultados servirán de insumo esencial en la toma de decisiones orientadas hacia la generación de mayores beneficios para la población asegurada.

Garantizar la integración de un equipo multidisciplinario que incluya profesionales de la salud, administración y economía, para el desarrollo de análisis de costos más detallados y que aporten más insumos para la gestión del riesgo en salud de la población asegurada.

### ➤ **Para las instituciones públicas de salud:**

Fortalecer el análisis de costos sobre servicios prestados a la población con enfermedades crónicas avanzadas, para diseñar e implementar estrategias que se traduzcan en mejoría de la calidad de atención con mejores costos, desde la perspectiva del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

Promover un proceso de formación y educación continua dirigido al personal de salud sobre los cuidados paliativos y su relevancia en la mejoría de la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas avanzadas.

Fortalecer la integración de las instituciones públicas y privadas para el desarrollo de estrategias orientadas a la atención de la población con enfermedades crónicas avanzadas, para mantener una misma línea de acción y colaboración bajo el rol rector del Ministerio de Salud.

Coordinar la integración de equipos interdisciplinarios que incluyan profesionales médicos de diversas especialidades, profesionales de enfermería, trabajo social, nutrición y psicología, para garantizar la atención integral de la población con necesidades de cuidados paliativos.

➤ **Para las instituciones de educación superior:**

Incentivar a la comunidad educativa de las áreas de la salud para el desarrollo de análisis de costos en salud, con el propósito de generar mayor evidencia que aporte conocimiento científico para el desarrollo de estrategias tanto a nivel público como privado.

Fortalecer el conocimiento en las diferentes áreas de la salud y en todos los niveles de formación, sobre el abordaje integral de las enfermedades crónicas avanzadas y su necesidad de cuidados paliativos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Pastrana T. Atlas de cuidados paliativos en Latinoamérica. Houston; [Ansoáin, Navarra: IAHPC Press; Errea Comunicación; 2013. [Internet]. 2013 [citado el 11 de septiembre de 2020] Disponible en:<https://cuidadospaliativos.org/uploads/2014/3/Atlas%20Latinoamerica%20-%20edicion%20cartografica.pdf>
2. Ministerio de Salud/Instituto Nacional de Salud. Encuesta nacional de enfermedades crónicas no transmisibles en población adulta de El Salvador ENECAELS 2015, Resultados relevantes. San Salvador, El Salvador: Ministerio de Salud e Instituto Nacional de Salud. [Citado el 22 de febrero de 2021] Disponible en: [https://www.salud.gob.sv/archivos/comunicaciones/archivos\\_comunicados2017/pdf/presentaciones\\_evento20032017/01-ENECA-ELS-2015.pdf](https://www.salud.gob.sv/archivos/comunicaciones/archivos_comunicados2017/pdf/presentaciones_evento20032017/01-ENECA-ELS-2015.pdf)
3. Saca JML, Escobar ATF, Carrillo F de M, Paz MAR, Deras CEM. Caracterización de pacientes que reciben cuidados paliativos en una unidad privada no hospitalaria en El Salvador. Apuntes de Bioética. [Internet] 31 de julio de 2020;3(1):64-71. Disponible en: <http://revistas.usat.edu.pe/index.php/apuntes/article/view/371>
4. Instituto Salvadoreño del Seguro Social. ISSS contará con una Unidad de Cuidados Paliativos para la atención de pacientes crónicos. [Internet] octubre 2020 [Citado el 21 de febrero de 2021] Disponible en: [http://www.issv.gob.sv/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2260:issv-contara-con-una-unidad-de-cuidados-paliativos-para-la-atencion-de-pacientes-cronicos&catid=1:noticias-ciudadano&Itemid=77](http://www.issv.gob.sv/index.php?option=com_content&view=article&id=2260:issv-contara-con-una-unidad-de-cuidados-paliativos-para-la-atencion-de-pacientes-cronicos&catid=1:noticias-ciudadano&Itemid=77)
5. Ministerio de Salud de El Salvador (MINSAL). (2014). Diagnostico Situacional del Cáncer en El Salvador. Recuperado el 04 de Diciembre de 2018, de <http://www.salud.gob.sv>
6. León M, Quijano M, Romero M, Salamanca N, Sánchez O, et al. Costos directos del cuidado paliativo domiciliario para pacientes con cáncer gástrico estadio IV en Colombia. [Internet] Univ. Med. 2016 [Citado el 21 de febrero de 2021]; 57(3):294-306. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2310/231048178002.pdf>

7. Molina M. Cuidados paliativos en Argentina: accesibilidad, educación y prejuicios subyacentes. [Internet] 2018 [Citado oct 03 2020] Tesis de Maestría en Bioética. FLACSO, Argentina. Disponible en: <https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/15195/2/TFLACSO-2018MRM.pdf>
8. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Cronicidad avanzada. Monografía SECPAL. [Internet] 2018 [Citado el 20 de febrero de 2021] Disponible en: <http://www.secpal.com/Documentos/Blog/Monografia%20Cronicidad.pdf>
9. Asociación Salvadoreña de Empresas de Seguros. Historia de ASES. [Internet] 2016 [Citado el 20 de febrero de 2021] Disponible en: <https://www.ases.org.sv/sobre-ases/>
10. Dirección General de Estadísticas y Censos. Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples 2019. Ministerio de Economía, Gobierno de la República de El Salvador. 2020 [Citado febrero 12 2021] Disponible en: <http://www.digestyc.gob.sv/index.php/temas/des/ehpm/publicaciones-ehpm.html>
11. Miranda J, Quezada P, Caballero P, Jimenez L, Morales A, Bilbeny N, Vega J. Revisión sistemática: Epidemiología del dolor crónico no oncológico en Chile. Revista El Dolor - N° 59 - Año 22 - junio 2013 [citado febrero 22 2021] Disponible en: [https://ached.cl/upfiles/revistas/documentos/53dfbe675a347\\_original1\\_59.pdf](https://ached.cl/upfiles/revistas/documentos/53dfbe675a347_original1_59.pdf)
12. Jaque J, Pacheco S, Miranda J, Plaza G, Muñoz A. Perfil clínico epidemiológico de los pacientes atendidos en la Unidad del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Clínico de la Universidad de Chile (HCUCH). Boletín El Dolor – N° 47 – Año 16 – junio 2007. [Citado febrero 22 2021] Disponible en: [https://ached.cl/upfiles/revistas/documentos/469d3a9d90893\\_perfil.pdf](https://ached.cl/upfiles/revistas/documentos/469d3a9d90893_perfil.pdf)
13. Twycross R. Medicina paliativa: filosofía y consideraciones éticas. [Internet]. [citado el 23 de septiembre de 2020]. Disponible en: <http://biblio.upmx.mx/Estudios/Documentos/ortotanasia0215.asp>
14. Pascual N. Modelos de atención a pacientes oncológicos terminales en Andalucía: una mirada sociológica. Granada, Editorial de la Universidad de Granada; 2011. [Internet]. [citado el 23 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/19062/19884990.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

15. SECPAL Historia de los cuidados paliativos. [Internet] [citado noviembre 21 de 2020] Disponible en: [https://www.secpal.com/secpal\\_historia-de-los-cuidados-paliativos-1#:~:text=SECPAL&text=Los%20Cuidados%20Paliativos%2C%20o%20cuidados,fi nales%20de%20una%20enfermedad%20terminal](https://www.secpal.com/secpal_historia-de-los-cuidados-paliativos-1#:~:text=SECPAL&text=Los%20Cuidados%20Paliativos%2C%20o%20cuidados,fi nales%20de%20una%20enfermedad%20terminal)
16. Rodríguez R. La alimentación enteral como cuidado paliativo. Una reflexión desde la biopolítica. Rev. Colomb. Bioet. [Internet]. 2019: 14(2) [citado 24sep.2020];14(2). Available from: <https://revistasaludbosque.unbosque.edu.co/index.php/RCB/article/view/2509>
17. Moreira F. Aplicación del instrumento NECPAL CCOMS-ICO para diagnóstico de pacientes que requieren de medidas paliativas y comparación de acciones que se realizan, con lo establecido en las guías para estos pacientes, en pacientes del Hospital Enrique Garcés durante los meses de noviembre y diciembre del año 2013. [Internet] 2014 [Citado el 22 de febrero de 2021] Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/7361>
18. Trapero C, Arrieta E, Maroto L. Formación y aplicación del instrumento NECPAL en el ámbito de la Atención Primaria. [Internet] 2019 [Citado el 21 de febrero de 2021] Disponible en: <https://www.medicinapaliativa.es/formacion-y-aplicacion-del-instrumento-necpal-en-el-ambito-de-la-atencion-primaria463#:~:text=El%20instrumento%20NECPAL%20permite%20la,su%20utiliz aci%C3%B3n%20suponga%20una%20sobrecarga.>
19. Servicio Andaluz de Salud. Enfermedad avanzada no oncológica. Criterios de McNamara. [Internet] 2013 [citado noviembre 21 de 2020] Disponible en: <http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hinmaculada/web/servicios/mi/FICHEROS/documentos%20de%20interes/Procedimientos%20Normlaizados%20de%20Trabajo/Criterios%20McNamara.pdf>
20. Puiggròs C., Lecha M., Rodríguez T., Pérez-Portabella C., Planas M. El índice de Karnofsky como predictor de mortalidad en pacientes con nutrición enteral domiciliaria. Nutr. Hosp. [Internet]. 2009 Abr [citado 2020 Nov 21]; 24(2): 156-160. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112009000200008&lng=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112009000200008&lng=es.)

21. Lacampa P. Modelos organizativos en cuidados paliativos comparación de consumo de recursos. Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2009. [Internet]. [citado el 23 de septiembre de 2020]. Disponible en: [https://www.aetsa.org/download/publicaciones/antiguas/AETSA\\_2006-34\\_Paliativos\\_Modelos\\_Org.pdf](https://www.aetsa.org/download/publicaciones/antiguas/AETSA_2006-34_Paliativos_Modelos_Org.pdf)
22. Levin Dr. Propuesta De Creación Del Programa Nacional De Cuidados Paliativos. :22. [Internet] 2008 [citado el 11 de septiembre de 2020] Disponible en: <https://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/Propuesta-Plan-Nacional-de-Cuidados-Paliativos-Uruguay-1.pdf>
23. Fornells HA. Cuidados Paliativos En El Domicilio. Acta bioethica. junio de 2000;6(1):63-75. [Internet] 2019 [citado el 11 de septiembre de 2020] Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-569X2000000100005](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2000000100005)
24. Restrepo C, Echavarría JC, Manrique RD, Valencia JE. Costo de hospitalización domiciliaria como alternativa de la hospitalización institucional. Período enero-diciembre de 2007. CES Med. [Internet] 2009;23(1):27-35. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2611/261121006004.pdf>
25. Saca JML, Escobar ATF, Carrillo F de M, Paz MAR, Deras CEM. Caracterización de pacientes que reciben cuidados paliativos en una unidad privada no hospitalaria en El Salvador. Apuntes de Bioética. [Internet] 31 de julio de 2020;3(1):64-71. Disponible en: <http://revistas.usat.edu.pe/index.php/apuntes/article/view/371>
26. Instituto Salvadoreño del Seguro Social. Informe de rendición de cuentas, junio 2013 – mayo 2014. [Internet] 2014 [Citado el 22 de febrero de 2021] Disponible en: <https://www.transparencia.gob.sv/institutions/issd/documents/77725/download>
27. Joma S. Inauguran Hospice La Cima, centro de cuidado paliativo. elsalvador.com [Internet] 2019 [Citado el 21 de febrero de 2021] Disponible en: <https://www.elsalvador.com/eldiariodehoy/inauguran-hospice-la-cima-centro-de-cuidado-paliativo/644417/2019/>
28. Storace Porras A, Figueroa Torrejon A. Propuesta de un modelo de negocio basado en la atención domiciliaria de pacientes oncológicos que requieren cuidados paliativos: "PALIACARE". Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC)

- [Internet]. el 15 de abril de 2018 [citado el 23 de septiembre de 2020]; Disponible en: [https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/624664/Storage\\_pa.pdf?sequence=8&isAllowed=y](https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/624664/Storage_pa.pdf?sequence=8&isAllowed=y)
29. Ministerio de Salud de El Salvador. Informe de labores 2018 – 2019. El Salvador 2019. [Citado febrero 12 2021] Disponible en: <https://www.salud.gob.sv/informe-de-labores-2018-2019/>
30. Organización Panamericana de la Salud. Metodología de Gestión Productiva de los Servicios de Salud. 2010 [Citado febrero 12 2021] Disponible en: [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/MET\\_GEST\\_PSS\\_INTRO\\_GENERL\\_2010SPA.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/MET_GEST_PSS_INTRO_GENERL_2010SPA.pdf)
31. Larrú J. Algunos aspectos económicos en torno al final de la vida humana. Razón y Fe, 2018 t. 278, nº 1435, pp. 157-168 [citado febrero 12 2021] Disponible en: <https://revistas.comillas.edu/index.php/razonyfe/article/view/9179>
32. Fornells H. Cuidados paliativos en el domicilio. Acta bioeth. [Internet]. 2000 June [Citado mayo 30 2021]; 6(1): 63-75. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-569X2000000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=en](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2000000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=en)



## ANEXOS

### Anexo 1. Escala NECPAL

Pregunta sorpresa (PS) (a/entre profesionales): <b>¿Le sorprendería que este paciente muriese a lo largo del próximo año?</b>		SI, me sorprendería → <b>NO es NECPAL</b>	NO me sorprendería	Parámetros NECPAL
<b>"Demanda" o "Necesidad"</b>	- Demanda: ¿Ha habido alguna expresión implícita o explícita de limitación de esfuerzo terapéutico o demanda de atención paliativa de paciente, familia, o miembros del equipo?			<b>1</b>
	- Necesidad: identificada por profesionales miembros del equipo			<b>2</b>
<b>Indicadores clínicos generales de progresión</b> - Los últimos 6 meses - No relacionados con proceso intercurrente reciente/reversible	- Declive nutricional		• Pérdida Peso > 10%	<b>3</b>
	- Declive funcional		• Deterioro Karnofsky o Barthel > 30% • Pérdida de >2 ABVDs	<b>4</b>
	- Declive cognitivo		• Pérdida ≥ 5 minimal o ≥ 3 Pfeiffer	<b>5</b>
<b>Dependencia severa</b>	- Karnofsky <50 o Barthel <20		• Datos clínicos anamnesis	<b>6</b>
<b>Síndromes geriátricos</b>	- Caídas		• Datos clínicos anamnesis	<b>7</b>
	- Úlceras por presión - Disfagia - Delirium - Infecciones a repetición		• ≥ 2 síndromes geriátricos (recurrentes o persistentes)	
<b>Síntomas persistentes</b>	Dolor, debilidad, anorexia, digestivos...		• Checklist síntomas (ESAS) • ≥ 2 síntomas persistentes o refractarios	<b>8</b>
<b>Aspectos psicosociales</b>	Distrés y/o Trastorno adaptativo severo		• Detección de Malestar Emocional (DME) > 9	<b>9</b>
	Vulnerabilidad social severa		• Valoración social y familiar	<b>10</b>
<b>Multi-morbilidad</b>	>2 enfermedades o condiciones crónicas avanzadas (de la lista de indicadores específicos)			<b>11</b>
<b>Uso de recursos</b>	Valoración de la demanda o intensidad intervenciones		• > 2 ingresos urgentes o no planificados 6 meses • Aumento demanda o intensidad de intervenciones (atención domiciliaria, intervenciones enfermería, etc)	<b>12</b>
	Indicadores específicos de severidad / progresión de la enfermedad	Cáncer, EPOC, ICC, y Hepática, y Renal, AVC, Demencia, Neurodegenerativas, SIDA, otras enfermedades avanzadas	• Ver anexo 1	<b>13</b>

## Anexo 2. Criterios NECPAL severidad / progresión / enfermedad avanzada

Enfermedad oncológica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Cáncer metastásico</b> o locoregional avanzada</li> <li>• En progresión (en tumores sólidos)</li> <li>• <b>Síntomas persistentes</b> mal controlados o refractarios a pesar optimizar el tratamiento específico.</li> </ul>
Enfermedad pulmonar crónica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Díscnea</b> de reposo o de mínimos esfuerzos entre exacerbaciones</li> <li>• Confinado a domicilio con limitación marcha</li> <li>• Criterios espirométricos de <b>obstrucción severa</b> (VEMS &lt;30%) o criterios de déficit restrictivo severo (CV forzada &lt;40%/ DLCO &lt;40%)</li> <li>• Criterios gasométricos basales de <b>oxigenoterapia crónica domiciliaria</b>.</li> <li>• Necesidad <b>corticoterapia</b> continuada</li> <li>• <b>Insuficiencia cardíaca sintomática</b> asociada</li> </ul>
Enfermedad cardíaca crónica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Díscnea</b> de reposo o de mínimos esfuerzos entre exacerbaciones</li> <li>• <b>Insuficiencia cardíaca</b> NYHA estadio III ó IV, <b>enfermedad valvular</b> severa no quirúrgica o <b>enfermedad coronaria</b> no revascularizable</li> <li>• <b>Ecocardiografía</b> basal: FE &lt;30% o HTAP severa (PAPs&gt; 60)</li> <li>• <b>Insuficiencia renal</b> asociada (FG &lt;30 l/min)</li> <li>• Asociación con <b>insuficiencia renal e hiponatremia persistente</b></li> </ul>
Demencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>GD5 ≥ 6c</b></li> <li>• Progresión declive cognitivo, funcional, y/o nutricional</li> </ul>
Fragilidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Índice Fragilidad ≥ 0.5</b> (Rockwood K et al, 2005)</li> <li>• <b>Evaluación geriátrica integral</b> sugestiva de fragilidad avanzada (Stuck A et al, 2011)</li> </ul>
Enfermedad neurológica vascular (ictus)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Durante la fase aguda y subaguda</b> (&lt;3 meses post-ictus): estado vegetativo persistente o de mínima conciencia&gt; 3 días</li> <li>• <b>Durante la fase crónica</b> (&gt; 3 meses post-ictus): complicaciones médicas repetidas (o demencia con criterios de severidad post-ictus)</li> </ul>
Enfermedad neurológica degenerativa: ELA, EM, Parkinson	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Deterioro progresivo</b> de la función física y/o cognitivas</li> <li>• <b>Síntomas</b> complejas y difíciles de controlar</li> <li>• <b>Disfagia</b> /trastorno del habla persistente</li> <li>• Dificultades crecientes de <b>comunicación</b></li> <li>• <b>Neumonía</b> por aspiración recurrente, díscnea o insuficiencia respiratoria</li> </ul>
Enfermedad hepática crónica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Cirrosis avanzada</b> estadio Child C (determinado fuera de complicaciones o habiéndolas tratado y optimizado el tratamiento), MELD-Na&gt; 30 o ascitis refractaria, síndrome hepato-renal o hemorragia digestiva alta por hipertensión portal persistente a pesar de optimizar tratamiento.</li> <li>• <b>Carcinoma hepatocelular</b> en estadio C o D</li> </ul>
Insuficiencia renal crónica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Insuficiencia renal severa</b>(FG &lt;15) en pacientes no candidatos o con rechazo a tratamiento sustitutivo y/o trasplante</li> <li>• Finalización diálisis o fallo trasplante</li> </ul>

### Anexo 3. Escala funcional de Karnofsky

<b>CATEGORÍAS GENERALES</b>	<b>GRADO</b>	<b>ACTIVIDAD</b>
Capaz de realizar actividades normales, no requiere cuidados especiales	<b>100</b>	Actividad normal. Sin evidencia de enfermedad
	<b>90</b>	Actividad normal. Signos y síntomas leves de enfermedad
	<b>80</b>	Actividad normal con esfuerzo. Algunos signos o síntomas de enfermedad
Incapaz de trabajar, puede vivir en casa y autocuidarse con ayuda variable	<b>70</b>	Cuida de sí mismo pero es incapaz de llevar a cabo una actividad o trabajo normal
	<b>60</b>	Necesita ayuda ocasional de otros pero es capaz de cuidar de sí mismo para la mayor parte de sus necesidades
	<b>50</b>	Requiere ayuda considerable de otros y cuidados especiales frecuentes
Incapaz de autocuidarse. Requiere cuidados especiales, susceptible de hospitalización. Probable avance rápido de enfermedad	<b>40</b>	Incapacitado. Requiere cuidados especiales
	<b>30</b>	Severamente incapacitado. Indicación de hospitalización aunque no hay indicios de muerte inminente
	<b>20</b>	Gravemente enfermo. Necesita asistencia activa de soporte
	<b>10</b>	Moribundo
	<b>0</b>	Fallecido

## Anexo 4. Acta de aprobación del Comité Nacional de Ética e Investigación en Salud

 <p>Comité Nacional de Ética de Investigación Clínica EL SALVADOR</p>	<p>COMITÉ NACIONAL DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN EN SALUD OHRP IRB No. 0005660, FWA No. 00010986</p>	
<p><b>Comité de Ética de Investigación en Salud</b> <b>Oficio N.º: CNEIS/2021/21</b></p>		
<p>Evaluación metodológica y ética de protocolo. Fecha: 25 de mayo de 2021</p>		
<p><b>Doctor</b> <b>Marvin Alexander Aguilar Martínez</b> Licenciado <b>Odir Humberto vindel Cruz</b> Investigador Principal Presente.</p>		
<p>Adjunto se entrega Acta de Evaluación No. <b>21/2021</b>, del veinticinco de mayo del año dos mil veinte y uno; que certifica que el Consejo del Comité Nacional de Ética de la Investigación en Salud de El Salvador, entrega <b>DICTAMEN FAVORABLE</b> del protocolo de investigación denominado:</p>		
<p><b>CNEIS/2021/10 "Análisis de costos del programa cuidados paliativos, cobertura de gastos médicos de una aseguradora en El Salvador, enero-diciembre 2020"</b></p>		
<p>Solicitamos a ustedes comunicar a este Comité el inicio de la ejecución del estudio e informar, en los plazos establecidos y la evidencia de beneficio, el rechazo de participación de los sujetos, el número de sujetos y/o cualquier antecedente importante que se observe durante la ejecución de la investigación, así como las enmiendas y las desviaciones, de forma oportuna.</p>		
<p>Además, se informa que el tiempo de vigencia de la aprobación del proyecto es de un año, prorrogable de acuerdo a comunicación y solicitud oficial.</p>		
<p>Atentamente,</p>		
		
<p>Dr. Mario Soriano Presidente</p>		
<p>• Secretaría C.E.I.S.</p>		
<hr/>		
<p>Dirección: Inicio de Paseo General Escalón No. 3551. San Salvador, El Salvador. PBX y Fax: 25612520</p>		

**Comité Nacional de Ética de la Investigación en Salud**  
**ACTA No: 21/2021**  
**PROTOCOLO DE ESTUDIO EN SALUD N. °: CNEIS/2021/10**

En Sala de Reuniones del Consejo Superior de Salud Pública, del veinticinco de mayo del año dos mil veinte y uno, el Honorable Consejo del Comité Nacional de Ética de la Investigación en Salud, con asistencia de sus miembros permanentes: Doctor Mario Ernesto Soriano Lima, presidente; Doctor David Francisco Torres, vicepresidente; Licenciada Yeny Danila Acosta Melgar, secretaria; Doctor Gerardo Godoy, Vocal; Licenciada. Sonia Margarita Siciliano, Vocal; Licenciada. Irene Meléndez, Vocal; Licenciada Amanda García, Vocal; Licenciada Katia Sermeño, Vocal; Licenciada Aydee Rivera, Vocal se han revisado los documentos presentados por el Doctor: Marvin Alexander Aguilar Martínez, Investigador Principal, del estudio:

**CNEIS/2021/10 "Análisis de costos del programa cuidados paliativos, cobertura de gastos médicos de una aseguradora en El Salvador, enero-diciembre2020"**

- 1) Los miembros del Comité declararon: no tener conflicto de interés.
- 2) Los antecedentes curriculares del Investigador Principal garantizan la ejecución del estudio dentro de los marcos éticamente aceptables.
- 3) Observaciones y recomendaciones no hay de acuerdo a la evaluación individual y en consenso de este Comité.

En consecuencia, el Comité de Ética de Investigación en Salud de El Salvador, **APRUEBA** por unanimidad el estudio.



Dr. Mario Soriano

Presidente

- Secretaría C.E.I.S.