

La cadena de valor no sanitaria de la cirrosis hepática en el Instituto de Gastroenterología, La Habana

Non-sanitary value chain of liver cirrhosis at the Institute of Gastroenterology, Havana

Carlos Javier Más López

Departamento de Costos y Sistemas,
Facultad de Contabilidad y Finanzas,
Universidad de La Habana, Cuba.
potter71@fcf.uh.cu

RESUMEN

En Cuba, la mortalidad por cirrosis hepática (CH) ha experimentado un incremento importante, y representa la décima causa de muerte en el país. Esta enfermedad, como muchas otras, requiere de una gran erogación de recursos, por parte tanto del Estado como de los familiares, los amigos y las instituciones sin fines de lucro, vinculados con el paciente cirrótico. Los costos directos no sanitarios son parte de los costos de las enfermedades, junto a los costos directos sanitarios y los gastos indirectos. Una gestión eficaz de estos garantizará el correcto uso, por parte de los agentes sociales, de los recursos disponibles, así como el diseño de políticas estatales que persigan la disminución de esta enfermedad.

PALABRAS CLAVE: costos de salud, evaluación de los costos, impacto económico.

ABSTRACT

In Cuba, mortality rate caused by liver cirrhosis (LC) has grown to a large extent, and it represents the tenth cause of death in the country. Such disease, as many others, requires many resources, either on the state side, on the family's, friends', and non-profit organizations' related with the patient. The non-sanitary direct costs are part of diseases' costs, together with direct sanitary expenditures and indirect ones. An efficient management of such expenses will guarantee the adequate usage by social agents of available resources, as well as the design of policies by the state aimed at diminishing the incidence of the disease.

KEYWORDS: costs of health, evaluation of costs, economic impact..

RECIBIDO: 2/3/2013
ACEPTADO: 7/9/2013
CLASIFICACIÓN JEL: M49, H52

Introducción

En Cuba, según el *Anuario Estadístico de Salud 2011*, editado por el Ministerio de Salud Pública (MINSAP), la mortalidad por cirrosis hepática (CH) ha experimentado un incremento notable, desde hace algunos años y representa la décima causa de muerte en el país, con una tasa de mortalidad de 9,4 por cada 100 000 habitantes y con 1 061 defunciones. En este número inciden, fundamentalmente, los hombres con el 74,7 % de las muertes.

La CH es una enfermedad crónica del hígado que consiste en la muerte progresiva del tejido hepático normal, el cual es sustituido por un tejido fibroso, y ello incapacita al hígado para ejercer sus funciones de desintoxicación (Huo *et al.*, 2008; Samada Suárez, 2008).

Según la literatura consultada (Huo *et al.*, 2008; Francoz *et al.*, 2010), las principales causas de la enfermedad son el consumo de alcohol, el virus de las hepatitis B y C, y otras tales como la obstrucción biliar y la fibrosis quística. La cirrosis tiene dos etapas: la compensada y la descompensada; esta diferenciación tiene en cuenta que los pacientes hayan, o no, desarrollado las complicaciones propias de la enfermedad. En la primera, los pacientes pueden no presentar ningún síntoma, y dentro de esta fase pueden vivir años; por lo tanto, existe un gran número de pacientes que todavía no han sido diagnosticados. La CH descompensada se presenta como consecuencia del desarrollo de la hipertensión portal. En esta etapa aparecen algunas de las siguientes complicaciones mayores: la hemorragia digestiva, la ascitis, la encefalopatía hepática o ictericia, entre otras.

Esta enfermedad requiere de una gran erogación de recursos por parte del Estado y también por parte de los pacientes, los familiares, los amigos y las instituciones sin fines de lucro vinculados con los primeros (Mukodsi Caran y Borges Oquendo, 2000; Carnota Lauzán, 2010). Gestionar estos recursos –no solo dentro de las instituciones que brindan el servicio de salud, sino también aquellos que se generan dentro de los agentes sociales que soportan la enfermedad– se convierte en un reto social y económico.

El costo de las enfermedades es una evaluación parcial dentro de las evaluaciones económicas en la salud (Gálvez González, 2004; Fernández García

et al., 2008). Dichos estudios analizan tanto los costos directos sanitarios como los no sanitarios generados por las enfermedades; así como los gastos indirectos que se asocian a ellas (Arca Vera, 2005).

Los costos de los servicios de salud no sanitarios se definen como otros costos directos de naturaleza no estrictamente médica. Inciden sobre el presupuesto de los pacientes y pueden ser especialmente importantes en el caso de patologías crónicas. Entre ellos se encuentran los costos de alojamiento, transporte, adaptaciones en el hogar, dietas especiales, sobrecostos domésticos del enfermo o de su cuidador y también los vinculados con procesos legales (Gálvez González, 2004; Arca Vera, 2005; Machado León, 2009).

Dentro de los estudios sobre costos de las enfermedades, una de las principales problemáticas es la distribución de los gastos indirectos en las actividades directas (Lawton *et al.*, 2002; Arca Vera, 2005), ya que la mayoría de los estudios sobre este tema se dedican a sumar de manera independiente tanto los costos directos sanitarios como los no sanitarios y los gastos indirectos asociados a estos (Arca Vera, 2005; Fernández García *et al.*, 2008).

Esta problemática, en particular, está presente también dentro de la valoración de los costos directos no sanitarios; por lo tanto, contar con un diseño efectivo de la cadena de valor no sanitaria en cualquier institución de salud, en especial en los servicios de atención a la CH en el Instituto de Gastroenterología de La Habana, será de ayuda invaluable para las autoridades de salud y favorecerá su gestión, así como la toma de decisiones en cuanto a la repercusión social de dicha gestión entre la población aquejada por esta dolencia.

El objetivo de esta investigación fue aportar al diseño una cadena de valor que ayude en la gestión de los costos de los servicios de salud no sanitarios de la CH.

Al realizar una revisión de las principales conceptualizaciones dentro de los costos en el sector de la salud es imprescindible analizar la evaluación económica. El objetivo final de esta es ayudar a los encargados de la toma de decisiones a determinar, en una situación de elección, los efectos que se derivarían de seguir cada una de las opciones posibles y permitir su comparación, en términos

de su eficiencia (Gálvez González, 2004; Machado León, 2009).

Según Drummond *et al.* (2001) estos estudios se clasifican en completos y parciales, y para hacerlo, se toman en cuenta tres elementos: los costos, las consecuencias o los resultados, y las alternativas. Por su parte Fernández García (2011) señaló que los estudios completos son aquellos que incluyen los tres elementos de la clasificación, y los parciales, aquellos que no hacen comparaciones de alternativas o se concentran en examinar los costos o las consecuencias de manera independiente.

Machado León (2009) apuntó que los estudios de descripción de costos son aquellos en los que se analizan los costos; entre ellos, los que se asocian con una enfermedad, sin tener en cuenta las alternativas ni las consecuencias.

El estudio de los costos de las enfermedades parte de una evaluación parcial dentro de los estudios de descripción de costos. Los costos no sanitarios forman parte de estos, en conjunto con los gastos indirectos que se generen y los costos sanitarios creados dentro de las instituciones que prestan el servicio de salud.

Los costos directos no sanitarios comprenden los gastos generados por los agentes sociales, tales como los familiares, amigos e instituciones sin fines de lucro, en cuanto a pagos de transporte, alimentación, higienización, cuidadores, medicamentos y otros insumos sufragados por estos (Drummond *et al.*, 2001). Para valorarlos correctamente y obtener resultados satisfactorios en su gestión se hace necesario ampliar el rango de análisis, desde la formación de su cadena de valor hasta la información resultante del cálculo de los costos (Alonso, 2008; FAO, 2012; King Núñez, 2012).

Para Más López (2013), la cadena de valor en el tratamiento de una enfermedad se define como la doble cadena de valores interrelacionada, que vincula tanto las actividades sanitarias como las no sanitarias, en la concepción y la entrega de un valor que posibilite alcanzar la eficiencia en el uso de los recursos humanos y tecnológicos, así como los materiales que redunden en la mejora de la calidad de vida de los pacientes o su cura definitiva.

Dicha cadena comprende todos los gastos, las habilidades y los conocimientos que aportan los agentes sociales en la mejora de la calidad de vida

de los pacientes cirróticos dentro de un entorno social determinado (Drummond *et al.*, 2001; Gálvez González, 2004; Arca Vera, 2005; Fernández García *et al.*, 2008; Fernández García, 2011; Más López, 2013). Todos los elementos de la cadena pueden apreciarse en la figura 1.

Ella está integrada por los valores humanos que forman parte de la cultura social, tales como la ética, la moral, la solidaridad, la humanidad y la supervivencia; vinculados con los costos soportados por los pacientes, las familias, los amigos y las organizaciones sociales, así como con las políticas de prevención estatales, la cultura médica de la población, los conocimientos ancestrales y los beneficiarios de los servicios.

La cadena de valor no sanitaria de la CH está compuesta por actividades principales y de apoyo relacionadas con los agentes sociales que soportan la enfermedad. Entre las actividades principales se encuentran las erogaciones por transporte, alimentación, higienización, pagos a cuidadores y otras actividades. En las actividades de apoyo sobresalen las que describen los resultados de las políticas para la prevención de la CH, realizadas por las autoridades de la salud y otras organizaciones sociales; aquellas que desarrollan la cultura médica y la relación paciente-institución de salud, así como los conocimientos ancestrales de la población que llegan a nuestros días y que se han transmitido de generación en generación en cuanto al tratamiento de esta dolencia.

El margen de ventaja en la lucha contra la CH se entiende como la contribución de valor que genera cada una de las actividades principales dentro de la cadena, así como el valor que emerge de las interrelaciones entre ellas. Este deberá garantizar la eficiencia en el uso de los recursos disponibles por parte de los agentes sociales; y debe propiciar también el diseño de políticas por parte del Estado que intenten lograr la disminución de la incidencia de esta enfermedad sobre los agentes involucrados.

Metodología

Para el desarrollo de la investigación se utilizó el método del estudio de caso. Este permitió aplicar el conocimiento adquirido en estudios precedentes, a esta situación en particular; las hipótesis se

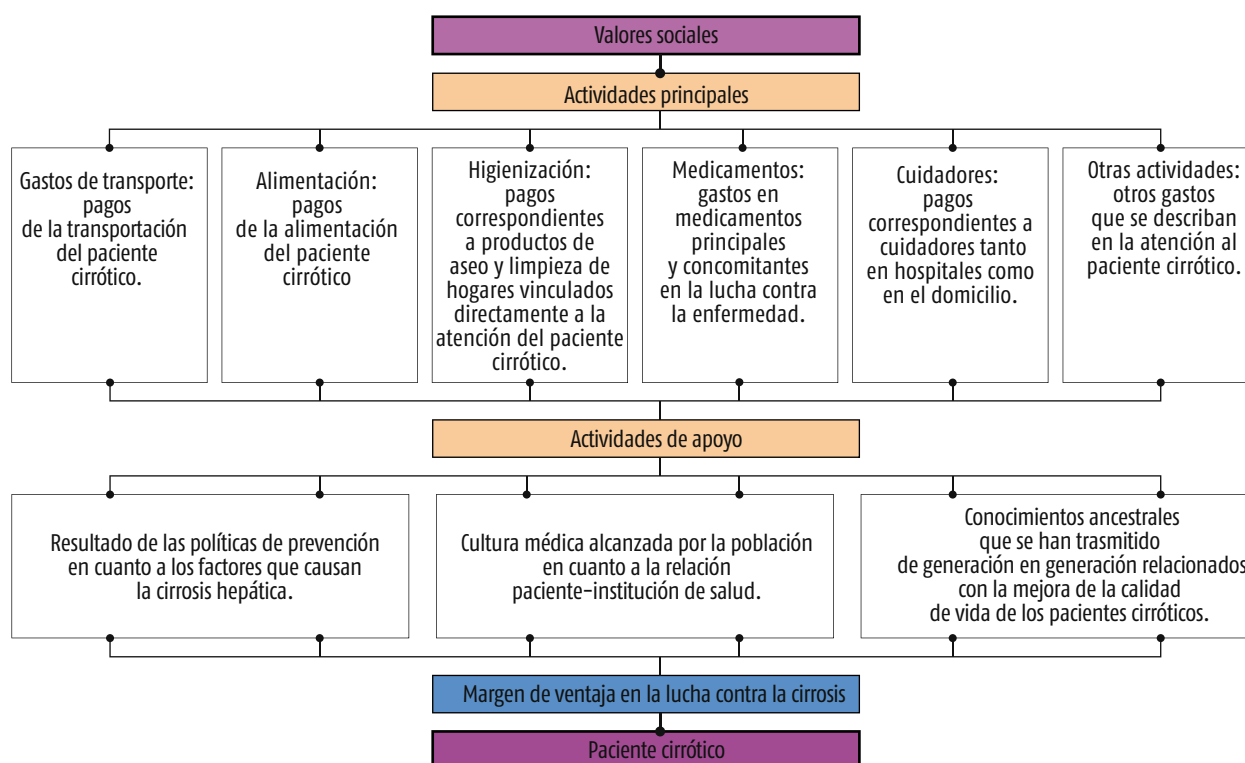


Figura 1. Cadena de valor no sanitaria de la cirrosis hepática.

Fuente: elaboración propia.

podieron comprobar en la práctica, a través de evidencias empíricas y fueron las siguientes:

- Hipótesis 1: la cadena de valor no sanitaria de la CH parte de los valores sociales.
- Hipótesis 2: las actividades principales de la cadena de valor no sanitaria de la CH están determinadas por los gastos de los pacientes, los familiares y los amigos.
- Hipótesis 3: las actividades de apoyo en la cadena de valor no sanitaria de la CH están compuestas por procesos sociales que sirven de sostén a las actividades principales.
- Hipótesis 4: el margen de ventaja de la cadena de valor no sanitaria de la CH ayudará a hacer más eficiente la gestión de estos agentes sociales en los procesos contra la enfermedad.

Para probar las hipótesis propuestas se realizó una encuesta a 167 personas entre las que se encontraban 67 pacientes aquejados de CH, 84 familiares y 16 amigos. La institución seleccio-

nada fue el Instituto de Gastroenterología por ser el rector de los servicios de salud contra la CH en todo el país.

Resultados

Una gran parte de los pacientes refirió que los valores sociales como la supervivencia (80 %) y la autoestima (75 %) eran los que más los impulsaban, como se observa en la figura 2.

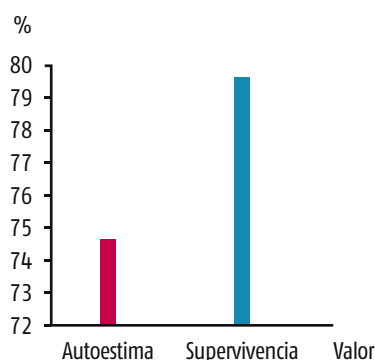


Figura 2. Valores sociales referidos por pacientes con CH.

Fuente: elaboración propia.

El 90 % de los familiares y amigos opinó que los valores sociales que los estimulaban a costear o apoyar a los pacientes con CH eran el humanismo (95 %) y la solidaridad (80 %), como se aprecia en la figura 3.

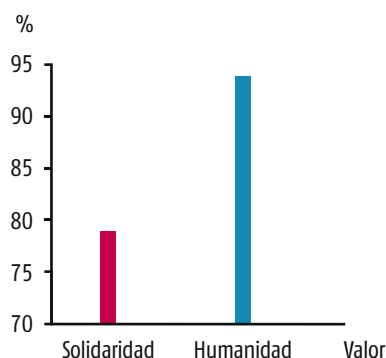


Figura 3. Valores sociales referidos por familiares y amigos de pacientes con CH.

Fuente: elaboración propia.

Del total de los encuestados el 98 % describió que los principales gastos que ocasiona la CH fuera del Instituto de Gastroenterología son los de alimentación (100 %), transporte (95 %), higienización (95 %) y cuidadores (30 %), como se observa en la figura 4.

Las actividades de apoyo identificadas por los encuestados fueron las siguientes: las políticas de prevención que realizan las autoridades de salud contra hábitos nocivos como los de consumir bebidas alcohólicas y fumar, entre otros, con un 85 %; la cultura médica que adquieren los pacientes y los familiares por las indicaciones de los especialistas, tales como la realización de ejercicios físicos y los buenos hábitos alimenticios que favo-

rezcan la preservación de la salud, con un 75 %; y los conocimientos que se transmiten de generación en generación para aliviar las enfermedades del hígado, como son las ingestión de hojas de sábila, comer dulces y realizar mucho reposo, con un 60 %. Un resumen de lo anterior se puede apreciar en la figura 5.

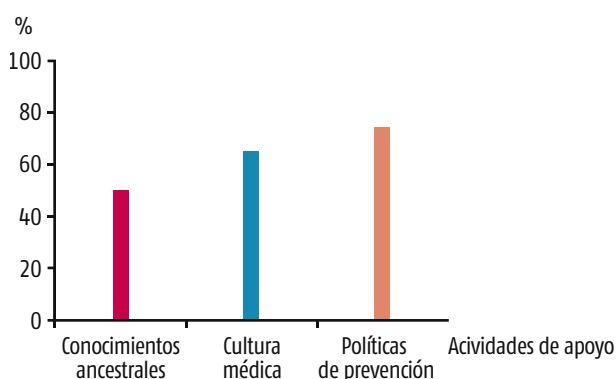


Figura 5. Actividades de apoyo identificadas por pacientes, familiares y amigos en la lucha contra la CH.

Fuente: elaboración propia.

Según el 95 % de los encuestados, la determinación de un margen de ventaja en la lucha contra la CH, vinculado con el resultado de una buena gestión de los costos de los recursos que se empleen, ayudará a las autoridades de salud a diseñar políticas que permitan enfrentar la enfermedad, tales como subsidios de alimentos, políticas de transportación y facilidades para la realización de terapias, entre otras.

Conclusiones

Las entradas de la cadena de valor no sanitaria de la CH están definidas por valores humanos que

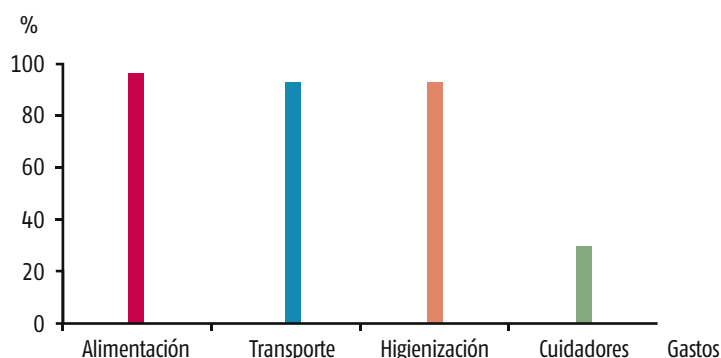


Figura 4. Gastos identificados por pacientes, familiares y amigos en la lucha contra la CH.

Fuente: elaboración propia.

prevalecen en la sociedad. Sus actividades principales están identificadas, y son, esencialmente, la alimentación, el transporte, la higienización y los cuidadores.

El establecimiento de un margen de ventaja en la lucha contra la enfermedad favorecerá el logro de la eficiencia en la gestión de los servicios de salud contra la CH fuera del Instituto de Gastroenterología y apoyará la toma de decisiones por parte de las autoridades locales y de salud.

BIBLIOGRAFÍA

- ALONSO, G. (2008): «Marketing de servicios: reinterpretando la cadena de valor», *Palermo Review*, vol. 4, n.º 2, pp. 83-96.
- ARCA VERA, J. (2005): «La carga económica de la enfermedad diarreica aguda en niños menores de tres años en localidades de la sierra y la selva en Perú», tesis de maestría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.
- AVALE, A. (2010): «La economía y el sector de salud», *Economía y empleo*, <<http://aldana-avale.suite101.net/>> [9/3/2012].
- CALZADILLA, L. (2012): «Carga de mortalidad por cirrosis y enfermedades crónicas del hígado, Cuba 2001-2009», tesis para optar por el grado de Especialista de Primer Grado en Gastroenterología, Instituto de Gastroenterología, La Habana.
- CARNOTA LAUZÁN, O. (2010): «El costo en salud y la corresponsabilidad clínica desde un enfoque gerencial», *Revista Cubana de Salud Pública*, vol. 3, n.º 3, pp. 15-20.
- CARRASCO MALLÉN, M. (2012): «Políticas y gestión de la investigación», *Fundación Educación Médica*, vol. 3, n.º 7, pp. 30-34.
- DE LA OSA, J. (2011): «¿Cuánto tendría usted que pagar por servicios médicos?», *Granma*, 18 de marzo, <<http://granma.co.cu/>> [30/12/2012].
- DRUMMOND, M. et al. (2001): *Métodos de evaluación económica de los Programas de Asistencia Sanitaria*, Editorial Díaz de Santos, Madrid.
- FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS (FAO) (2012): «Designing and Implementing Livestock Value Chain», *Studies Guidelines*, Roma, pp. 15-68.
- FERNÁNDEZ GARCÍA, A. (2011): «Costos de la enfermedad. Valoración del costo del tratamiento», *SciELO*, <<http://scielo.sld.cu/>> [12/12/2012].
- FERNÁNDEZ GARCÍA, A. et al. (2008): «Costo institucional del infarto agudo del miocardio en el Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular», *Revista Cubana de Salud Pública*, vol. 3, n.º 4, pp. 15-23.
- FRANCOZ, C. et al. (2010): «The Evaluation of Renal Function and Disease in Patients with Cirrhosis», *Hepatology*, vol. 8, n.º 52, pp. 605-613.
- GÁLVEZ GONZÁLEZ, A. (2004). «La evaluación económica en salud en Cuba. Instrumento para la toma de decisiones», tesis para optar por el grado de doctora en Ciencias de Salud, Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP), La Habana.
- GONZÁLEZ, E. et al. (2011): «Propuesta de modificación de la evaluación subjetiva», *Revista Cubana de Alimentación Nutricional*, vol. 5, n.º 21, pp. 35-58.
- Huo, T. et al. (2008): «Selecting an Optimal Prognostic System for Liver Cirrhosis: the Model for End-Stage Liver Disease and Beyond», *Liver Internal*, vol. 6, n.º 28, pp. 606-613.
- LAWTON, R. et al. (2002): *The Health Care Value Chain*, John Wiley & Sons, Minnessota.
- MACHADO LEÓN, R. (2009): «Costos y resultados de la atención médica a pacientes con VIH/Sida, Santa Clara, 2007», tesis de maestría, Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP), Ciudad de La Habana.
- MALAGÓN ROBAYO, C. (2011): «Costos GRD, ¿un aporte a la crisis del sector hospitalario?», *Revista de la Universidad Javeriana*, Bogotá, <http://www.aeca.es/pub/on_line/comunicaciones_xvicongresoae-ca/cd/215d.pdf> [9/12/2012].
- MARSHALL, G. (2009): «The Standards Value Chain Where Health it Standards Come», *Journal of American Health Information Management Association (AHIMA)*, vol. 8, n.º 12, pp. 60-62.
- MÁS LÓPEZ, C. (2013): «Procedimiento para calcular los costos no sanitarios de la cirrosis hepática», *Observatorio de la Economía Latinoamericana*, <<http://www.eumed.net/index.htm>> [12/12/2012].
- MCDONNELL, R. et al. (2010): «The Healthcare Supply Chain, Top 25 for 2010», *Gartner Research*, <<http://www.gartner.com/resources/>> [12/12/2012].
- MUKODSI CARAN, M. y L. BORGES OQUENDO (2000): «Elementos para la implantación y uso del sistema de costos en salud», *Revista Cubana de Medicina General Integral*, vol. 5, n.º 16, pp. 551-568.
- PEGUERO PÉREZ, R. et al. (2011): «Aplicación de las cadenas de Markov a los procesos de servicios

hospitalarios para la toma de decisiones en la administración de la salud», *Observatorio de la Economía Latinoamericana*, <<http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/cu/2011>> [12/12/2012].

SAMADA SUÁREZ, M. (2008): «Factores pronósticos de supervivencia en pacientes con cirrosis hepática evaluados para trasplante hepático», tesis de doctorado, Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana.

• • •