

Los costos de no Calidad en los Tratamientos de la Cirrosis Hepática, un punto de Vista Crítico.

The Costs of non-quality in the Treatments of the Hepatic Cirrhosis, a Critical Point of View.

Carlos J. Más López

Universidad de la Habana, Cuba.

carlosm@fcf.uh.cu

Resumen

La calidad en la prestación de los servicios de salud es uno de los aspectos más analizados en la sociedad cubana actual. El control de los recursos que se destinan al sector sanitario para mantener la calidad de vida a los pacientes asociado a enfermedades tiene una importancia capital, para ello es importante determinar los costos de no calidad que permitan desarrollar estrategias para eliminarlos y así lograr la eficiencia de sus tratamientos. Una de las enfermedades con mayor incidencia en la población cubana es la cirrosis hepática que ocupa la décima causa de muerte. El objetivo de este artículo es determinar los costos sanitarios de no calidad en los tratamientos de la cirrosis hepática que van en detrimento del uso eficiente de los recursos que se le destinan. Para ellos se utilizan diferentes métodos y técnicas de investigación que facilitan el logro del objetivo propuesto.

Palabras claves: costos de no calidad, cirrosis hepática, sector sanitario.

Abstract

The quality in the benefit of the services of health is one of the aspects more analyzed in the current Cuban society. The control of the resources that you/they are dedicated to the sanitary sector to maintain the quality of life to the patients associated to illnesses has a capital importance, for it is important to determine the costs of non-quality that allow to develop strategies to eliminate them and this way to achieve the efficiency of its treatments. One of the illnesses with more incidences in the Cuban population is the hepatic cirrhosis that occupies the tenth cause of death. The objective of this article is to determine the sanitary costs of non-quality in the treatments of the hepatic cirrhosis that you/they go in detriment of the efficient use of the resources that are dedicated. For them different methods are used and technical of investigation that facilitate the achievement of the proposed objective.

Keywords: costs of non-quality, hepatic cirrhosis, sanitary sector.

Clasificación JEL: M4

Introducción

Para brindar servicios de calidad y asegurar su supervivencia las empresas prestadoras de servicios están obligadas a controlar sus costos. El sector de salud no escapa a esta realidad por el papel central que juega en la sociedad, su peso específico en la economía, y el entorno de globalización económica, hace cada vez más impostergable la incorporación de los costos de calidad en sus procesos (Borthagaray, Parolin, Sandoya, & Torija, 2016).

En la atención sanitaria se aspira a instalaciones adecuadas, información adecuada, acceso rápido a las consultas, cortesía, respeto y confiabilidad además de la eficacia científico-técnica (Borthagaray, Parolin, Sandoya, & Torija, 2016). Estos conceptos aún no se han generalizado en la gestión sanitaria en Cuba, existiendo mucho camino por recorrer para alcanzar la calidad de los servicios prestados.

Para autores como Borthagaray, Parolin, Sandoya, & Torija (2016), la prestación sanitaria de mala calidad cuesta más. Estos servicios son la suma de recursos desperdiciados a causa de la ineficiencia en la planificación y en los procedimientos de trabajo. La mala gestión de los procesos sanitarios hace que se encarezcan y sean infructuosos los esfuerzos estatales en aprovechar los pocos recursos existentes y que redunden en la elevación de la calidad de vida de los pacientes. (Navek & Halevy, 2000) (Arango Cardona, 2016) (Borthagaray, Parolin, Sandoya, & Torija, 2016).

Según estudios realizados en Israel (Navek & Halevy, 2000) se estimó que el costo de no calidad en 1995 ascendió a 35% del presupuesto destinado a la salud. Existe evidencia de que una gestión de planificación y prevención adecuadas puede minimizar los costos de no calidad. Las empresas que han trabajado en ello redujeron sus tasas pasando de 12-25% a 7-12% en los dos años de puesto en marcha el proceso (Navek & Halevy, 2000).

Bajo estas condiciones, la atención médica debe estar enfocada a la calidad en sus tres factores claves la institución, la enfermedad y los procesos de salud, de ahí la importancia de determinar los costos de la mala calidad ya que ayudan a medir el desempeño e indican donde se debe llevar a cabo una acción correctiva y que sea rentable (García, Quispe, & Ruez, 2002).

La enfermedad ha sido foco de atención por la gran erogación de gastos que las instituciones de salud como los agentes sociales soportan en su enfrentamiento. Es por eso, que determinar qué gastos son necesarios en la consecución de un tratamiento exitoso y cuáles van en detrimento de él, se convierte en elemento novedoso dentro de la gestión de costos de la enfermedad.

No hay muchos trabajos que aborden esta problemática según revisión bibliográfica realizada por el autor, no obstante, esto no disminuye la importancia del tema sino más bien, demuestra la falta de diseño de metodologías que logren determinar tanto el costo de la enfermedad y dentro de ellos los que son necesarios o no en la consecución de sus tratamientos.

Son varias las problemáticas en la gestión sanitaria que derivan en la consecución y perfeccionamiento de una buena gestión hospitalaria asociada a la enfermedad, como la falta de rigor profesional en el registro de las historias clínicas y la prescripción de medicamentos principales y concomitantes fuera de los protocolos de varias enfermedades (Gálvez González, Álvarez Muñiz, Sarduy Domínguez, & Morales Laberón, 2004) (Gálvez González, 2012) (Más López, 2014). Además, esta se extiende también al análisis de la cadena de valor de las actividades no sanitarias del tratamiento de la enfermedad, ya que los agentes sociales, dígame pacientes y familias, irrespetan lo establecido por el facultativo alejándose del tratamiento (Más López, 2014).

El objetivo de este artículo es determinar los costos de no calidad dentro de los tratamientos de la enfermedad, dotando a las autoridades de salud de elementos esenciales para la toma de decisiones asociadas a la esta, que ayuden a controlar los recursos que se le destinan.

Para ello es indispensable realizar un repaso de las fundamentales conceptualizaciones efectuadas sobre el tema, tanto en el mundo empresarial como en el sector objeto de estudio del presente artículo.

Desarrollo

(Donabedian , 1982) define la calidad de los servicios de salud, como el atributo de la atención médica que puede obtenerse en diversos grados. Se define como el logro de los mayores beneficios posibles de la atención médica, con los menores riesgos para el paciente.

Estos mayores beneficios posibles se definen, en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos con los que cuenta una institución de salud para proporcionar la atención y de acuerdo con los valores sociales imperantes. La calidad implica, por definición, los resultados de la atención, medida como la mejoría esperada en la salud, que es atribuible a la atención misma (Donabedian , 1982).

Para Donabedian (1982), la calidad es un concepto que debe interpretarse en dos dimensiones íntimamente relacionadas e interdependientes: una técnica, representada por la aplicación de conocimientos y técnicas para la solución del problema del paciente, y una interpersonal, representada por la relación que se establece entre el proveedor del servicio y el receptor del mismo.

Esta conceptualización presentada, más sus dos dimensiones que la integran: la técnica y la interpersonal a diferencia de la típica definición de calidad que se establece para los procesos productivos y de servicios, donde se declara el grado de satisfacción del cliente o el consumidor con el bien o el servicio adquirido. No obstante, en la atención de salud, la calidad no se puede medir solamente como satisfacción, sino hay que sumarle los índices de calidad de vida que el paciente logre alcanzar.

De lo expuesto con anterioridad se demuestra que existe una relación importantísima en el sector sanitario entre la cantidad de servicios y la calidad de los mismos. Por tanto se desprende de esta conclusión, que si la cantidad de los servicios proporcionados es insuficiente, los beneficios esperados tienden a disminuir. De forma contraria, se asume que una excesiva cantidad de servicios puede conducir a un incremento en los riesgos a los que se expone al paciente. Esta relación entre cantidad y calidad implica, necesariamente, una relación entre costos y calidad (Álvarez Fernández, 2016).

Así, cuando la atención es excesiva y dañina, es más costosa y de menor calidad; cuando la atención es excesiva pero no produce daños, es también más costosa, pero ese costo no corresponde a los beneficios esperados de acuerdo al costo y ello significa desperdicio (Álvarez Fernández, 2016). Esto no da la idea de que existe una relación entre beneficios-riesgos-costos, la que el hipotético valor neto de la calidad podría calcularse al restar a los beneficios la suma de los riesgos más los costos, es decir:

Calidad = beneficios - (riesgos + costos).

A esta relación, en la que se incluyen los costos, definieron en primera instancia a la calidad, es lo que se denomina el modelo unificado de la calidad (Donabedian, 1982).

Hay muchas evidencias que demuestran la relación entre calidad y costos. Por ejemplo, en un estudio por medio de encuestas a hospitales comunitarios universitarios en los Estados Unidos, se encontró que entre el 50 y el 65 por ciento de los antibióticos prescritos no estaban indicados en lo absoluto, su indicación era dudosa (Álvarez Fernández, 2016).

Esto evidencia otra relación interesante entre calidad y costos, que se manifiesta no por el impacto de una pobre calidad en los costos, sino a la inversa; es decir, por el impacto de los costos sobre la calidad. Existe una clara evidencia de que un incremento en los costos, con el propósito de incrementar así la calidad, proporcionando mayores recursos, no necesariamente conduce al efecto deseado. Basta comparar los gastos per cápita en salud de diversos países para constatar que no siempre quienes gastan más obtienen mejor calidad y efectividad. Otra vez encontramos que, a la relación entre costos y calidad subyace la relación entre cantidad y calidad antes expuesta. Es decir, que la calidad está descrita en salud, en qué cantidad de servicios necesita el paciente y qué cantidad de gastos derivan estos servicios. Esta es la relación efectiva que se necesita para enfrentar la enfermedad.

Esta relación también se percibe en Cuba donde en varios estudios (Gálvez González, 2012) (Más López, 2014) se evidencia el desperdicio de recursos, lo cual implica costos elevados cuando se confrontan con los resultados esperados, si existiera una mayor calidad en la prestación de los servicios de salud.

Como es evidente, esta relación no solo se puede ver desde la arista de la institución de salud sino también en sus factores claves, ya mencionados con anterioridad, en especial, en el tratamiento de las enfermedades.

El logro de la calidad en los tratamientos de la enfermedad pasa en un grado importante por el cumplimiento de los protocolos aprobados para cada enfermedad. Su no cumplimiento, por parte de los facultativos como por los pacientes a la hora de ejecutarlos, generan gastos no esperados y que en muchos casos van en detrimento con el ahorro que deriven del uso eficiente de los escasos recursos que se disponen para su atención, por tanto a estos gastos se puede denominar costos de no calidad en los servicios de salud asociados a la enfermedad.

De ahí toda acción que derive en gastos no reflejados en las normas de calidad asociadas a la enfermedad deteriora la relación entre la calidad y los costos. Si aceptamos el concepto propuesto por Más López (2014) en su diseño de la cadena de valor de enfermedad, esta relación calidad-costos está presente en sus dos cadenas complementarias: la cadena sanitaria y en la cadena no sanitaria.

Es decir, en la cadena sanitaria, con el exceso de días de hospitalización o números de consultas, pruebas diagnósticas, de laboratorio y de prescripción de medicamentos tanto principales como concomitantes registradas en las historias clínicas fuera de lo que establece los protocolos.

En su cadena no sanitaria, en el destinar gastos no prescritos por los facultativos en las actividades de alimentación, higienización, transporte, entre otras, por parte de pacientes y familiares.

Una de las enfermedades de mayor mortalidad en Cuba es la cirrosis hepática, con el décimo lugar desde la década del 90 (MINSAP, 2015). Su rector en el país es el Instituto de Gastroenterología ya que atiende diversas patologías derivadas de afecciones gástricas y del hígado.

“La cirrosis es una enfermedad que histológicamente se define por la presencia de nódulos de regeneración rodeados de bandas fibrosas en respuesta a un daño crónico del hígado. Recientes avances en el conocimiento de la historia natural y fisiopatología de la enfermedad y del tratamiento de las complicaciones han dado como resultado mejoras en la calidad y esperanza de vida de los pacientes” Ramírez (2012)

Hoy, “es un problema de salud mundial, se ha reportado un incremento constante en su mortalidad en los últimos años, y se encuentra entre las 10 principales causas de muerte en Occidente” (Pascual Pareja, 2005). Su prevalencia es geográficamente muy variable, y depende de la frecuencia de sus causas principales, especialmente del consumo de alcohol y la presencia de virus asociados. La mortalidad por cirrosis hepática “fluctúa mundialmente entre tasas de 5-30 por 100,000 habitantes; pero algunos países como Rumania, Hungría y Corea, actualmente se encuentran muy por encima de estos rangos” (Pascual Pareja, 2005) (Associació Catalana de Malalts d’Hepatitis, 2015) (Soza, 2015). También en Latinoamérica se obtienen altos índices de incidencia, tal es el caso de México y Perú, donde ocupa el 7mo lugar como causa de muerte en la población general.

Todos estos elementos, remarcan la importancia de seleccionar esta enfermedad para la investigación, ya que para sus tratamientos se utilizan gran cantidad de recursos (Más López, 2014), lo que determina la importancia del control de sus gastos asociados a la enfermedad, y en especial, cuáles van en detrimentos de sus tratamientos exitosos. Este artículo se centra en determinar los costos sanitarios de no calidad en los tratamientos de la cirrosis hepática ya que fueron más fácil de cuantificar según las características del Instituto de Gastroenterología.

Para el desarrollo de la investigación se utilizó el método de estudio de caso. Este permitió aplicar el conocimiento adquirido en estudios precedentes a la situación en particular; las hipótesis se pudieron comprobar en la práctica, a través de evidencias empíricas.

Esta fue la siguiente:

- Los costos sanitarios de no calidad afectan la eficiencia del uso de los recursos destinados a los tratamiento de la cirrosis hepática.

La Institución seleccionada fue el Instituto de Gastroenterología perteneciente al Ministerio de Salud Pública, de Cuba.

Resultados

Para probar la hipótesis propuesta, se revisaron 715 historias clínicas seleccionándose 420 pacientes aquejados de cirrosis en el año 2013.

Para ello se determinó que los costos de calidad (Ver Tabla 1), son los gastos destinados a los tratamientos de la enfermedad correspondientes a su protocolo¹. Por tanto, los costos de no calidad son los gastos fuera de los protocolos de la enfermedad, motivados principalmente a malas práctica profesionales, exceso de consultas y días de hospitalización, prescripción de medicamentos fuera del tratamiento o no correspondientes a este, entre otros.

Para el análisis de estos gastos, se tomó la propuesta de cadena de valor sanitaria propuesta por (Más López, 2014) agrupando los gastos asociados a los tratamientos de la enfermedad en las siguientes actividades.

Tabla 1. Gastos considerados de calidad en los tratamientos de la cirrosis hepática

Actividades	Gastos asociados
Consultas Externas	Gastos de personal asociado al tratamiento de la enfermedad, gastos de agua, electricidad, teléfono, gastos de salario de personal auxiliar, entre otras.
Hospitalización	Gastos de personal asociado al tratamiento de la enfermedad, gastos de agua, electricidad, teléfono, gastos de salario de personal auxiliar, gastos de avituallamiento, entre otras.
Pruebas diagnósticas	Gastos asociados a pruebas como: ultrasonidos, biopsias, endoscopias, entre otras. Gastos de personal asociado al tratamiento de la enfermedad, gastos de agua, electricidad, teléfono, gastos de salario de personal auxiliar.
Pruebas de Laboratorio Clínico	Gastos asociados a pruebas como: hemogramas, coagulogramas, insulinemias basal, sodio sérico, alfafetoproteína, hemoquímicas, entre otras. Gastos de personal asociado al tratamiento de la enfermedad, gastos de agua, electricidad, teléfono, gastos de salario de personal auxiliar
Medicamentos Principales	Medicamentos principales asociados al tratamiento de la enfermedad.
Medicamentos Concomitantes	Medicamentos que ayudan a aliviar los síntomas que provoca la enfermedad, pero no se asocian directamente con su tratamiento.

Fuente: Elaboración Propia.

¹ Son los conceptos, definiciones y procedimientos estandarizados que deben aplicarse en cada una de las instancias que participan en las acciones de notificación, investigación y control de las enfermedades (INCIENSA, 2016)

Para desarrollar la investigación se tomaron de las historias clínicas para los 420 pacientes seleccionados, la cantidad de pruebas de laboratorio clínico y microbiología, pruebas diagnósticos, número de consultas externas, días de hospitalización, números de dosis de medicamentos principales y concomitantes, multiplicándolos por sus costos unitarios correspondientes para cada uno de estos elementos tomados en el Instituto de Gastroenterología, denominándolos costos sanitarios. Asimismo, se tomaron la cantidad de estos mismos elementos descriptos en el protocolo de la cirrosis multiplicándolos por la cantidad de pacientes seleccionados y por sus costos unitarios correspondientes, para calcular los costos por protocolos. De este análisis se obtuvieron los siguientes resultados que se muestran en la Tabla 2.

Tabla 2. Evaluación del desempeño de los costos por protocolos con los costos sanitarios de los tratamientos de la cirrosis.

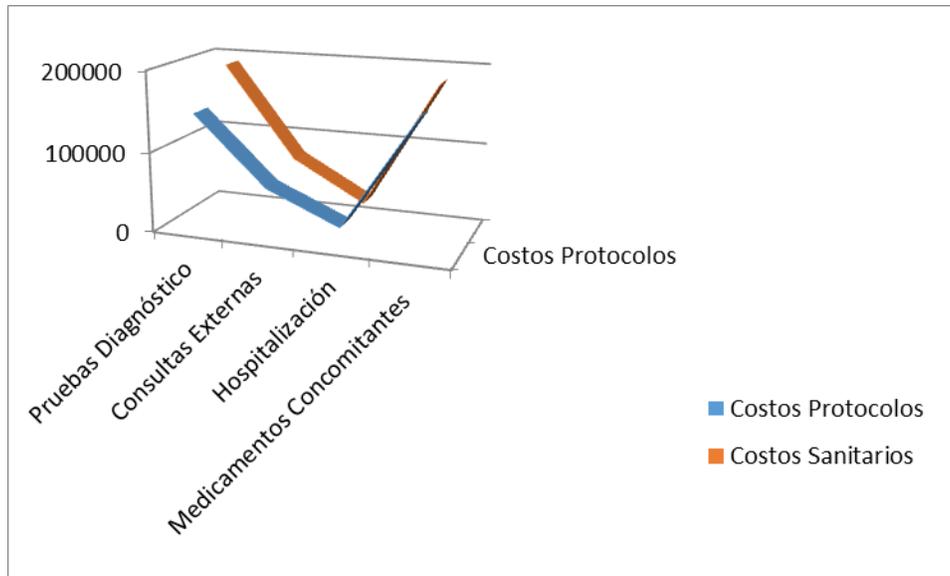
Análisis de los costos sanitarios con los protocolos de la cirrosis				
Actividades	Costos de protocolos	Costos sanitarios	Variación	
Laboratorio Clínico y Microbiología	199054,8	195966,20	3088,60	F
Pruebas Diagnóstico	146105,40	190549,90	44444,50	D
Consultas Externas	61897,68	75525,00	13627,32	D
Hospitalización	23665,40	26336,00	2670,60	D
Medicamentos Principales	538440,00	22683,79	515756,21	F
Medicamentos Concomitantes	163506,00	182629,51	19123,51	D
Totales	1132669,28	693690,40	438978,88	F

Fuente: Elaboración Propia

Existe un comportamiento favorable con relación al costo según protocolo, motivado principalmente por la donación de los medicamentos principales en sus tratamientos por parte de organizaciones internacionales de salud. Este tipo de medicamentos tienen un alto costo, lo que hace que los costos sanitarios registrados en el año 2013 tengan este tipo de comportamiento. No obstante, cuando se analiza desde la perspectiva de las actividades que conforma el tratamiento de la enfermedad, existen algunas donde se necesita realizar un estudio más detallado, como muestra la Figura 1.

De forma específica, el comportamiento por actividades fue el siguiente: en la actividad de laboratorio clínico y microbiología hay un decrecimiento de gastos del 1.55 % con respecto al protocolo, mientras en las pruebas diagnósticas, las consultas externas y la hospitalización fue desfavorable con valores del 30 %, 22 % y 11 % respectivamente, el cual puede tener un análisis multifactorial según las autoridades de salud, que se analizara más adelante. En el caso de los medicamentos principales el decrecimiento significó el 96% de los gastos, por las razones expresadas anteriormente. Sin embargo, un incremento significativo lo tuvieron los medicamentos concomitantes hasta un 38 %, este sobreconsumo de gastos lo motivó, según las autoridades del instituto, por su prescripción fuera del tratamiento, aspecto que se deberá revisar tomando las medidas correspondientes.

Figura 1. Análisis de las actividades en el tratamiento de la cirrosis bajo la perceptiva de sus tratamientos vs real por actividades.



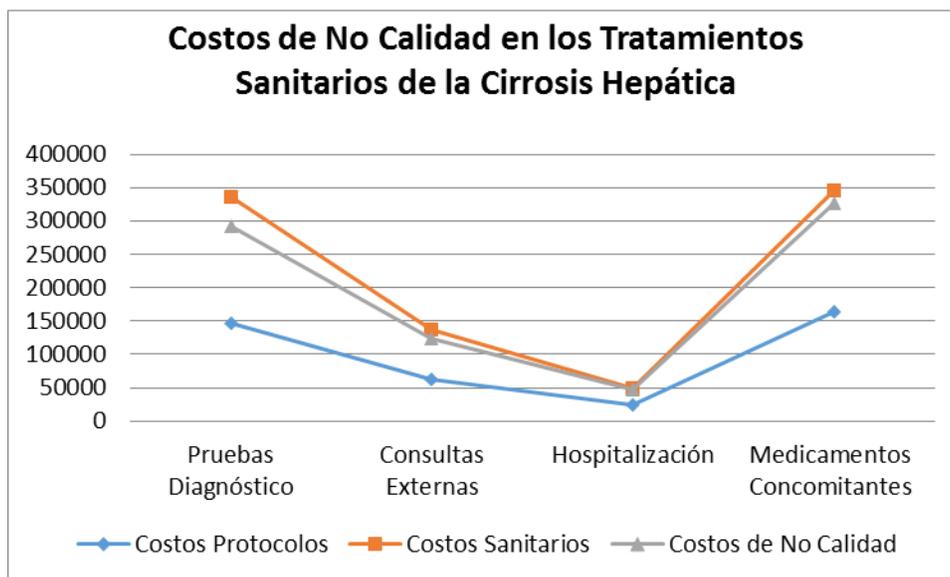
Fuente: Elaboración Propia.

De lo planteado anteriormente se desprende el análisis de los costos de no calidad asociados a los tratamientos de la enfermedad para las actividades descritas en su cadena de valor como se muestra en la Figura 2.

Esto demuestra que los costos asociados a la mala cantidad se cuantifican en 79865.93 pesos, es decir, un 43.73 por ciento de los costos sanitarios registrado en el instituto asociados a la enfermedad.

Cuando se analizan las causas de su ocurrencia en las actividades descritas en su cadena de valor: pruebas diagnósticas, consultas externas, hospitalización y medicamentos concomitantes, las autoridades del instituto determinaron lo siguiente.

Figura 2. Costos de no calidad asociados a los tratamientos de la cirrosis



Fuente: Elaboración Propia.

Se orientaron pruebas fuera de los tratamientos que el facultativo debía haber realizado, de las cuales no existieron explicaciones aparentes. En el mismo caso se determinó que en las consultas y los días de hospitalización, existieron consultas a pacientes externos al instituto, registradas en las historias clínicas de los pacientes internos y en el caso de los días de hospitalización el incremento se motivó por problemas burocráticos en el proceso de admisión y alta de los pacientes. Para erradicar estos problemas el instituto ha tomado las medidas correspondientes.

Conclusiones

Los costos sanitarios de no calidad afectan la eficiencia del uso de los recursos destinados a los tratamiento de la cirrosis hepática representando el 43.73 por ciento de los costos sanitarios registrados.

Las principales actividades donde se detectaron costos sanitarios de no calidad fueron las de laboratorio clínico y microbiología, consultas externas, hospitalización y medicamentos concomitantes.

Bibliografía

- Álvarez Fernández, F. (25 de 6 de 2016). LA RELACION CALIDAD, PRODUCTIVIDAD Y COSTOS EN LOS SERVICIOS DE SALUD. Obtenido de Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán: www.intercostos.org/documentos/Alvarez.pdf
- Arango Cardona, L. (25 de 6 de 2016). Importancia de los costos de la calidad y no calidad en las empresas de salud como herramienta de gestión para la competitividad. Obtenido de Universidad EAN. Bogotá. Colombia: <http://www.scielo.org/applications/scielo-org/services/addArticleToShelf.php>
- Associació Catalana de Malalts d'Hepatitis. (13 de 11 de 2015). Associació Catalana de Malalts d'Hepatitis(ASSCAT). Recuperado el 22 de 8 de 2016, de Fibrosis y Cirrosis Hepáticas : <http://asscat-hepatitis.org/xmlrpc.php>
- Borthagaray, G., Parolin, H., Sandoya, E., & Torija, R. (25 de 6 de 2016). Modelo para el estudio de COSTOS DE NONO CALIDAD en la Salud. Obtenido de Revista de Antiguos Alumnos del IEEM, ISSN 1510-4214, Año 4, N°. 2, 2001, págs. 90-95, Universidad de la Rioja. España: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?>
- Donabedian , A. (1982). Quality, cost and health: An integrative model. *Medical Care.*, 40(10), 975-992.
- Gálvez González , A. (2012). Contribuciones y Retos de la Economía de Salud en Cuba. Recuperado el 18 de 01 de 2014, de Revista Cubana de Salud Pública: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid
- Gálvez González , A., Álvarez Muñiz , M., Sarduy Domínguez , Y., & Morales Laberón, M. (2004). Diagnóstico de la Evaluación Económica en Salud en Cuba. Recuperado el 19 de 01 de 2014, de Revista Cubana de Salud Pública: <http://scielo.sld.cu/img/revistas/rcsp/v30n1/>
- García, M., Quispe, C., & Ruez, L. (21 de 7 de 2002). COSTO DE LA CALIDAD Y LA MALA CALIDAD. Recuperado el 19 de 8 de 2016, de Instituto de Investigación de la Facultad de Ingeniería Industrial - UNMSM : <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/publicaciones/indata>
- INCIENSA, I. C. (30 de 6 de 2016). INCIENSA. Obtenido de Protocolos de vigilancia: <http://www.inciensa.sa.cr/actualidad/Protocolos.aspx>
- Más López, C. J. (2014). Procedimiento para calcular los costos de la cirrosis hepática en el instituto de Gastroenterología considerando su cadena de valor extendida hacia los agentes sociales. Xalapa, Veracruz: Capítulo IV.Universidad Veracruzana.Libro Electrónico.
- MINSAP. (2015). Anuario Estadístico de Salud. Ministerio de Salud Pública. La Habana, Cuba.
- Navek, E., & Halevy , A. (2000). El costo la de no calidad en Israel. Montevideo, Uruguay: Comité Nacional de Calidad.
- Pascual Pareja, J. (2005). Características epidemiológicas de la cirrosis hepática y análisis de los factores asociados con el daño hepático en pacientes coinfectados por el virus de inmunodeficiencia humana y el virus de hepatitis C. Tesis doctoral. Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid. Madrid , España.
- Ramírez, M. (2012). Estudios retrospectivo de pacientes desnutridos con Cirrosis Hepática (2007). Tesis de Especialidad. Instituto de Gastroenterología . La Habana.
- Soza, A. (15 de 3 de 2015). Cirrosis Hepática. Recuperado el 22 de 8 de 2016, de Hepatitis enfermedades del hígado: <http://hepatitis.cl/617/cirrosis-hepatica>