

**INSTITUTO CENTROAMERICANO DE ADMINISTRACION PÚBLICA
ICAP**



ESPECIALIDAD EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

**PROGRAMA DE GERENCIA MODERNA Y
GESTIÓN DEL CAMBIO EN SALUD**

**Análisis de la Variabilidad de la Práctica Médica en la Gestión Quirúrgica del
Hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega y otro Hospital de la CCSS**

Juan José Solís Vargas

**San José, Costa Rica
Junio, 2008**

Esta Tesina fue aprobada por el Tribunal Examinador del Programa de Postgrado en Gerencia de la Salud del ICAP, como requisito para obtener el título de Especialista en Administración de Servicios de Salud.

Harys Regidor Barboza
Presidente del tribunal

MSc. Evelio Quesada Naranjo
Director de Tesina

Dr. Mario Almendares Lugo
Examinador designado

Juan José Solís Vargas
Sustentante

Agradecimientos

Deseo agradecer profundamente a la Caja Costarricense del Seguro Social, por la oportunidad de participar en este posgrado. Al hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega y a su Director Dr. Jorge Eduardo Chacón Madrigal, por su gran apoyo para culminar con éxito este reto académico.

Deseo agradecer a mi familia su apoyo incondicional y su sacrificio durante el año de estudio.

Agradezco a la profesora Marianela Granados Saavedra, tutora de tesis, por su excelente colaboración en la elaboración de este trabajo.

Dedicatoria

Deseo dedicar esta tesina a mis hijos Carlos Andrés y Ariel quienes me han fortalecido y me dan la fuerza para vencer los retos de la vida. Los amo hijos míos.

Resumen Ejecutivo

El presente trabajo consiste en un análisis comparativo de la Gestión Quirúrgica de la coleditiasis, en el hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega de San Ramón, hospital A y otro hospital de la Caja Costarricense del Seguro Social hospital B. Dicho análisis se efectúa bajo el concepto de la variabilidad en la práctica médica, aspecto de gran relevancia en el tema de la calidad en la gestión, el tema de costos y la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud. La variabilidad en la práctica médica es un fenómeno presente en la prestación de servicios de salud de la CCSS y es de gran importancia abordar este tema mediante la formulación e implementación de políticas destinadas a disminuir sus efectos en procura de la eficiencia y el uso racional de los recursos.

Por ser la coleditiasis una patología de alta incidencia en los servicios de cirugía del país, se analiza su manejo terapéutico en los hospitales de la CCSS, encontrándose importantes variaciones en su abordaje. El hospital A resuelve el 70% de los casos mediante la cirugía laparoscópica ambulatoria o de corta estancia, lo cual reduce en forma importante la estancia hospitalaria, consecuentemente, los costos de cada cirugía. Por su parte, el hospital B institucional utiliza como tratamiento de la coleditiasis la técnica convencional llamada colecistectomía abierta, la cual prolonga la estancia hospitalaria en aproximadamente 5 días y eleva considerablemente los costos de cada cirugía. Bajo estas consideraciones, es relevante señalar que la literatura actual indica que la forma más eficiente de tratar la coleditiasis es mediante la cirugía laparoscópica ambulatoria, dado que esta técnica quirúrgica permite una rápida y satisfactoria recuperación de los pacientes y además beneficia económicamente a los centros hospitalarios.

Al identificar la variabilidad en el manejo quirúrgico de la coleditiasis, es importante encontrar las causas que motivan las diferentes conductas en el tratamiento de

estas patologías. Dentro de las causas encontradas cabe destacar la ausencia de políticas institucionales que permitan la estandarización de la gestión clínica y la disminución en la incertidumbre en el accionar médico, así mismo, se evidencian aspectos propios de la gestión gerencial de los hospitales en desarrollar estrategias que permitan reducir la variabilidad en la práctica médica. En consecuencia, es relevante que la institución identifique que la variabilidad en la práctica médica es un fenómeno que afecta la sostenibilidad financiera del sistema de salud y que por lo tanto son necesarias políticas y estrategias que permitan el abordaje de este tema.

Tabla de Contenido

INTRODUCCIÓN.....	1
Capítulo I.....	4
Marco Contextual	4
Identificación del Hospital Dr Carlos Luis Valverde Vega.....	4
JUSTIFICACIÓN.....	10
OBJETIVO GENERAL	13
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
CAPITULO II.....	15
Marco Teórico	15
Estrategias frente a las variaciones en la práctica médica.....	18
CAPITULO III	24
Marco Metodológico	24
CAPITULO IV	29
Investigación aplicada	29
Abordaje de la colestiasis desde la perspectiva de la variabilidad en la práctica médica	29
Caso clínico que ejemplifica la Variabilidad en la Práctica Médica.....	39
CAPITULO V	42
Conclusiones y recomendaciones.....	42
CONCLUSIONES.....	42
RECOMENDACIONES	43
BIBLIOGRAFIA	44
Anexos.....	45

INTRODUCCIÓN

Uno de los temas que debe ser motivo de estudio desde la perspectiva de la economía de la salud, corresponde a las variaciones en la práctica médica y sus implicaciones en la atención de la salud, la eficiencia y el uso adecuado de los recursos destinados a los servicios médicos. En otros países, donde la investigación económica en salud tiene un desarrollo importante, se le ha dado un papel relevante a la variabilidad en la práctica médica, investigando los motivos por los cuales los médicos efectúan manejos diferentes ante patologías similares o iguales diagnósticos. Esto ha dado como resultado conclusiones, interesantes y determinantes que tienen relación con aspectos económicos, como la oferta, la demanda, la incertidumbre, la asimetría en la información, entre otros.

Por otra parte, debe entenderse que la variabilidad en la práctica médica afecta negativamente la gestión clínica, al no permitir la homogenización del ejercicio del acto médico en torno a las decisiones más adecuadas. La estandarización del accionar médico reduce la variabilidad, lo cual consecuentemente reduce la incertidumbre, aspecto que es una característica inherente en los servicios de salud, entre menor incertidumbre mayor beneficio para los pacientes y su condición de salud.

La Caja Costarricense de Seguro Social, al ser una de las instituciones prestadoras de servicios de salud sobre la cual recae la mayor demanda de servicios en nuestro país, requiere de la formulación de políticas que aseguren eficiencia en el uso de los recursos, con el propósito de fortalecer la sostenibilidad financiera de la institución.

Por este motivo, es necesario desarrollar estrategias para reducir la variabilidad en práctica médica y mejorar la gestión clínica de los médicos institucionales, toda vez que el detonante del incremento o reducción en los costos de los servicios de salud, radica en el accionar médico, en la abordaje de cada enfermedad y en la relación médico paciente.

Si se logra determinar la cantidad de estudios diagnósticos, exámenes de laboratorio y gabinete, medicamentos, cirugías, consultas médicas y estudios especiales, que son sobre utilizados en el manejo de los pacientes; si se determinara además los costos asociados a estas malas decisiones clínicas y se considera el costo de oportunidad que tiene para el sistema de salud y para la sociedad, los recursos que son utilizados de forma innecesaria, quizás los resultados sean alarmantes y muestren la ineficiencia originada de una gestión clínica inadecuada, siendo necesario la implementación de medidas que corrijan estas debilidades en procura de un sistema de salud más eficiente.

El presente trabajo constituye la tesina de graduación del Programa de Postgrado en Gerencia de la Salud para optar por el título de Especialista en Administración de Servicio de Salud. El mismo consiste un análisis comparativo de la gestión quirúrgica de una patología de alta incidencia en los servicios de cirugía del país, como es la Colelitiasis. Se analizó la variabilidad en el tratamiento quirúrgico de esta enfermedad en el Hospital A y en el hospital B, identificando las variaciones en el abordaje terapéutico de la Colelitiasis, enfatizando en la técnica quirúrgica que predomina en cada hospital y las posibles causas que motivan a que los cirujanos apliquen una u otra modalidad quirúrgica. Por otra parte, se analizó la relación de la variabilidad encontrada con los costos por concepto de estancia hospitalaria.

Lo anterior con el propósito de evidenciar la presencia de la variabilidad en la práctica médica en los servicios quirúrgicos de la Caja Costarricense del Seguro Social y llamar la atención sobre la necesidad de formular políticas y estrategias que estandaricen el accionar médico en beneficio de la eficiencia en la prestación de los servicios de salud.

CAPITULO I

Marco Contextual

Capítulo I

Marco Contextual

Identificación del Hospital Dr Carlos Luis Valverde Vega, Hospital A.

San Ramón es el cantón dos de la provincia de Alajuela, se encuentra ubicado en la zona de occidente de esta provincia, cuenta con una población de 85.000 habitantes, se subdivide en 13 distritos, limita con los cantones de Palmares, Alfaro Ruiz, Naranjo, San Carlos y Esparza, este último de la provincia de Puntarenas.

Las actividades económicas más importantes de este cantón son los cultivos de café, caña de azúcar, flores, además es importante la ganadería y la producción de leche y en los últimos años, se ha dado un importante desarrollo turístico. En el ámbito cultural, San Ramón ha destacado por ser la cuna de la poesía nacional, pues grandes poetas de Costa Rica son originarios de esta zona.

El presente estudio se desarrolla en el Hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega del cantón de San Ramón, de la provincia de Alajuela. Dentro de los antecedentes históricos de este centro, es relevante indicar que fue creado en 1906, fue administrado por la Junta de la Caridad, y luego pasó a ser hospital de la junta de Protección Social, hasta que en el año 1984 fue cedido para formar parte de los hospitales de la CCSS.

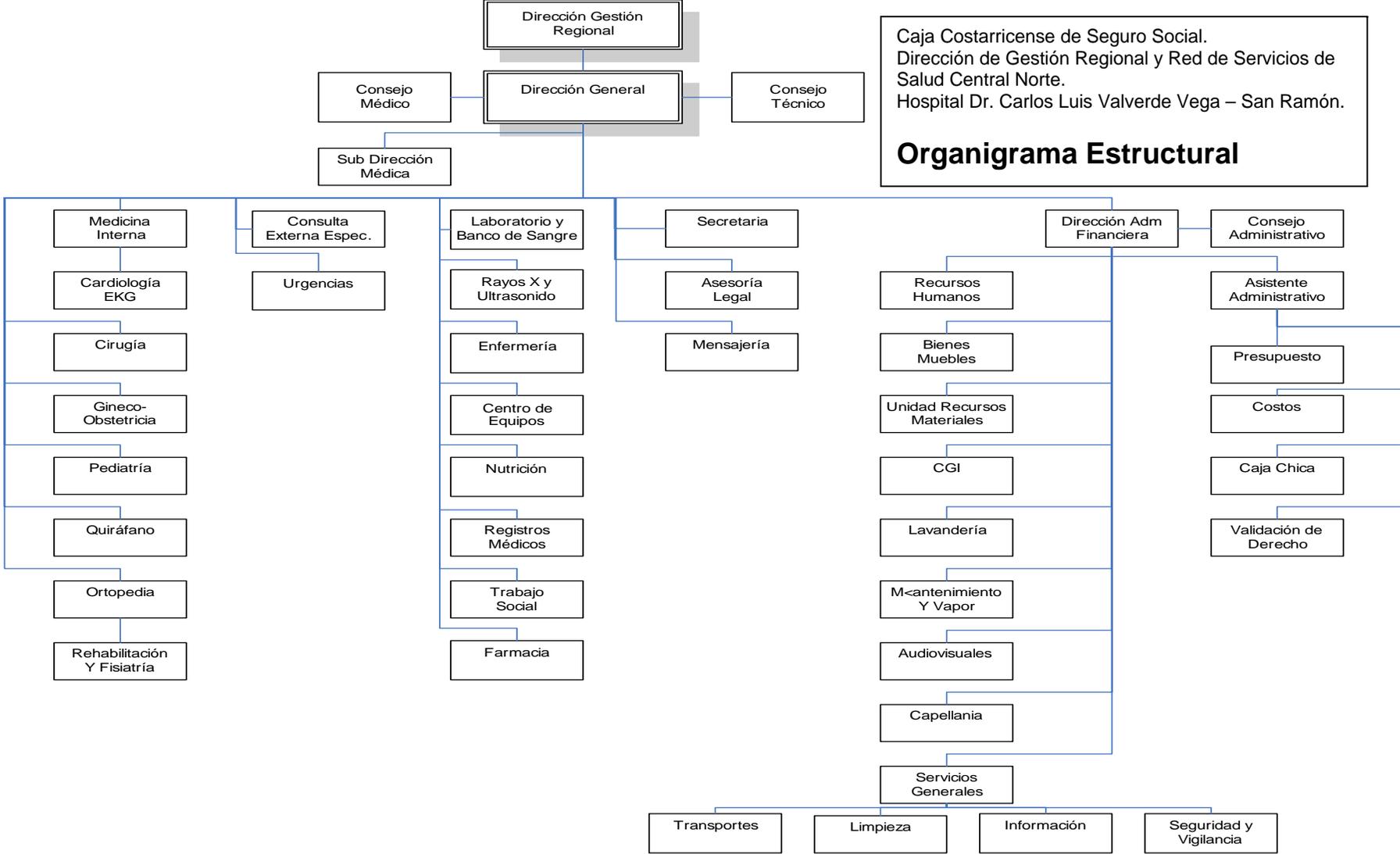
Este hospital ha sido reconocido internacionalmente por el prestigioso programa de hospital sin paredes, dirigido por uno de sus directores más connotados como lo fue el Dr. Juan Guillermo Ortiz Guier, gran promotor de los servicios ambulatorios y del actual modelo de atención integral.

Actualmente, el hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega forma parte de la red de servicios de salud de Occidente, pertenece a la Dirección Regional de Servicios de Salud Centra Norte de la CCSS, es catalogado como un hospital periférico

3, brinda servicios a una población de 150.000 habitantes que provienen de los cantones de San Ramón, Palmares y Alfaro Ruiz. Su estructura organizacional se muestra en el siguiente organigrama.

Caja Costarricense de Seguro Social.
 Dirección de Gestión Regional y Red de Servicios de Salud Central Norte.
 Hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega – San Ramón.

Organigrama Estructural



Su actual director es el Dr. Jorge Eduardo Chacón Madrigal, médico especialista en administración de servicios de salud y el director financiero es el Licenciado Rigoberto Salas Montero.

La visión y la misión del hospital son las siguientes:

VISIÓN

Seremos un hospital líder en la prestación de los servicios integrales de salud, dando respuesta a los problemas y necesidades de la población, brindando servicios oportunos y de calidad en armonía con el ambiente.

Construiremos una cultura de mística, de compromiso y de respeto hacia nuestros pacientes y la comunidad; de comportamiento ético orientado a alcanzar la excelencia.

Fomentaremos la capacitación continua y la motivación en los funcionarios a fin de buscar una gestión innovadora, abierta al cambio, con acceso a los sistemas de información para lograr mayor eficiencia y calidad en los servicios que brindamos.

Aplicaremos fielmente los principios filosóficos de la seguridad social: universalidad, solidaridad, unidad, igualdad y obligatoriedad.

Usaremos la mejor tecnología disponible y buscaremos extender la oferta de servicios especializados, de acuerdo a las necesidades de la población, dando énfasis en la resolución de enfermedades que requieran intervenciones quirúrgicas.

Proveeremos la atención sanitaria a nuestros pacientes optimizando el uso de los recursos.

Nuestro propósito es ser una organización desconcentrada en la que el personal pueda servir a los intereses de los pacientes y asuma la responsabilidad de sus acciones y decisiones.

MISIÓN

Proporcionar los servicios de salud en forma integral al individuo, a la familia y a la comunidad, con eficiencia y calidad en el segundo nivel de atención, conforme a la legislación vigente.

Proyectar el Hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega hacia la comunidad, brindando una cobertura eficiente, eficaz, con calidad, dirigida a las poblaciones en riesgo como grupos de la tercera edad, población infantil, etc.

Por otra parte, la asignación presupuestaria para el año 2008 ha sido de 8 mil millones de colones, cuenta con 100 camas, 27 especialidades medicas, proporciona servicios de consulta externa especializada, servicios de urgencias que funcionan 24 horas los 365 días del año, además impulsa brindar servicios de cirugía ambulatoria y cirugía convencional

En este sentido, el hospital de San Ramón ha realizado esfuerzos para fortalecer la gestión quirúrgica mediante la utilización de movilidades quirúrgicas más eficientes y efectivas por lo que ha promovido la cirugía ambulatoria y la utilización de técnicas quirúrgicas aplicadas en la cirugía convencional de pacientes en el hospital y su pronta recuperación. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos, es posible mejorar en el ámbito quirúrgico a través del fortalecimiento de los recursos tecnológicos y humanos, pudiendo convertirse en el modelo que permita referenciar y estandarizar la gestión quirúrgica en el hospital periférico y regional de la CCSS.

Para el año 2008 se proyecta realizar 72.000 consultas médicas especializadas, 4220 cirugías, de los cuales el 50% son ambulatorias y el 50% son cirugías convencionales. Además se pretende efectuar 100.000 consultas de urgencias. La siguiente tabla muestra algunos datos de producción hospitalaria correspondiente al año 2007 y lo que se pretende efectuar en el año 2008

**Cuadro # 1 Resumen de Producción
Hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega 2007 y 2008**

Indicador	2007	2008
Consultas Médicas Especializadas	70.697	72.000
Consulta de otros Profesionales	18.772	8.400
Procedimientos Ambulatorios	2.974	3.049
Atención en Urgencias	101.275	100.000
Cirugía Mayor Ambulatoria	2.027	2.100

**Informe Estadístico Anual H.C.L.V.V año 2007
Compromiso de Gestión año 2008**

JUSTIFICACIÓN

Es evidente que el aspecto más crítico en la provisión de servicios de salud de la CCSS son las listas de espera. Diariamente los usuarios manifiestan su inconformidad por los plazos de espera prolongados que impiden una atención oportuna.

Esta situación no es ajena a las patologías de resolución quirúrgica, muchos pacientes adscritos a los diferentes hospitales de la CCSS deben esperar meses o inclusive años por una cirugía. Por su parte, la Institución ha realizado esfuerzos importantes con el propósito de mejorar el acceso y la oportunidad en la atención de los pacientes.

Las propuestas han sido muchas, tal es el caso de la unidad de la lista de espera (UTLE) así como la contratación de servicios externos, como ha sucedido con los servicios oftalmológicos; sin embargo, a pesar de estas iniciativas, el problema persiste y se complica cada vez más.

Es evidente el desbalance entre la oferta y la demanda de servicios. La demanda está definida por las necesidades de salud de la población, pero por el lado de la oferta, sus determinantes deben estudiarse detalladamente, identificando factores que la limitan como son: la carencia o inopia de algunos especialistas importantes en el área quirúrgica como Anestesia, Oftalmología, Ortopedia, ORL y Urología.

Otro aspecto importante es que los mismos profesionales comparten la oferta de servicios públicos y privados, lo cual crea incentivos perversos que, en un país como Costa Rica donde los servicios privados dependen en gran medida de la eficiencia de los servicios públicos, es conveniente promover la ineficiencia en el ámbito público para fortalecer el ámbito privado. Estos son solo dos condicionamientos que limitan la oferta de los servicios de la CCSS.

Entre las iniciativas por reducir las listas de espera en especialidades quirúrgicas se han utilizado recursos propios como implementar contrataciones de cirugías por

parte de los mismos especialistas de la institución. También constantemente se promueve el financiamiento de tiempo extraordinario para que los especialistas reduzcan las listas de espera, lo cual y sin el afán de criticar, son propulsoras de actitudes que se caracterizan por el desinterés de solucionar los problemas en la jornada laboral ordinaria, a sabiendas que la persistencia de las listas de espera generan a muchos profesionales institucionales el pago de tiempo extraordinario, lo cual propicia poca motivación de solucionar el problema de las listas de espera en la jornada laboral ordinaria.

Bajo estas consideraciones, es necesario proponer un proceso de optimización de los recursos, en el sentido de que previo a la ampliación de jornadas laborales, o a la realización de contrataciones externas, es más conveniente revisar cómo se hacen las cosas, cómo se gestionan los recursos asignados ordinariamente, valorar si existen acciones o formas de mejorar la gestión quirúrgica a través de la capacitación del recurso humano o bien de la inversión en tecnología. Es importante prestar atención a un tema poco discutido en el entorno institucional como es el tema de la variabilidad en la práctica médica y sus implicaciones en los servicios de salud, la eficiencia y el uso adecuado de los recursos; por este motivo es necesario desarrollar estrategias que optimicen los recursos asignados y que reduzcan la variabilidad en la práctica médica con el propósito de mejorar la gestión de los médicos institucionales.

Es razonable pensar que con el mejoramiento de la gestión clínica y la reducción de la incertidumbre en el accionar médico, así como la estandarización en los criterios y procesos médicos, se fortalecerá la eficiencia y la sostenibilidad financiera de la Caja Costarricense del Seguro Social. La aplicación de estos conceptos en la gestión quirúrgica es sumamente necesaria, ya que las formas de hacer las cosas no obedecen a políticas institucionales, si no al comportamiento histórico, al criterio de un Director Médico o bien al criterio de un jefe de servicio.

En este sentido, el Hospital A se ha interesado por buscar modalidades quirúrgicas más eficientes. Para lograrlo, ha fortalecido su recurso humano y cuenta con la tecnología requerida para efectuar cirugías menos invasivas. Las estadísticas muestran cómo se ha ido fortaleciendo la cirugía ambulatoria, toda vez que muchos procedimientos quirúrgicos que tradicionalmente se realizaban de forma convencional, hoy se efectúan de forma ambulatoria. Para el año 2000 el Hospital efectuó 2546 cirugías de las cuales solo 468 fueron ambulatorias para el año 2006 se efectuaron 4152 de las cuales 2111 se efectuaron ambulatoriamente.

También los cirujanos del Hospital A se han entrenado en técnicas quirúrgicas menos invasivas de menos riesgo y que permiten la pronta recuperación de los pacientes, reducido con esto los días de estancia hospitalaria y permitiendo la disponibilidad de camas de forma constante.

El fortalecimiento de la gestión quirúrgica que ha experimentado el Hospital A, puede representar un modelo de gestión quirúrgica que permite referenciar y estandarizar el funcionamiento en otros hospitales periféricos y regionales de la Caja Costarricense del Seguro Social, que al ser una de las instituciones prestadoras de servicios de salud sobre la cual recae la mayor demanda de servicios en nuestro país, requiere de la formalización de políticas que aseguren la eficiencia en el uso de los recursos, con el propósito de fortalecer la sostenibilidad financiera del sistema de salud, pero sobre todo procurando mejorar la calidad y la oportunidad en la atención de los pacientes.

OBJETIVO GENERAL

Analizar la variabilidad de la práctica médica en la gestión quirúrgica de una patología con el fin de evidenciar la necesidad de establecer políticas y estrategias por parte de la Caja Costarricense de Seguro Social sobre este tema, en procura de fortalecer la eficiencia de los servicios de salud y mejorar el uso racional de los recursos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Ejemplificar con un caso las diferencias en los costos para tratar una misma patología con un procedimiento quirúrgico diferente.
2. Evidenciar que la variabilidad en la práctica médica genera altos costos innecesarios para la CCSS.
3. Establecer recomendaciones con el fin de disminuir la variabilidad en la práctica médica.

CAPITULO II

Marco Teórico

CAPITULO II

Marco Teórico

La Caja Costarricense del Seguro Social, al ser una de las instituciones prestadoras de servicios de salud sobre la cual recae la mayor demanda de servicios en nuestro país, requiere de la formulación de políticas que aseguren la eficiencia en el uso de los recursos, con el propósito de fortalecer la sostenibilidad financiera de la institución.

La variabilidad en la utilización de servicios sanitarios es un fenómeno conocido por todos, aunque rara vez ocupa el centro del debate académico; sin embargo, por sus efectos, debería ser un tema relevante tanto en gestión de la calidad como en economía de la salud. Se refiere, naturalmente, a esa variabilidad injustificada y que hace que para poblaciones similares en cuanto a variables demográficas y de morbilidad, los consumos de asistencia sanitaria difieran de forma difícilmente justificable. ¿Por qué una vez controlados los factores demográficos y socioculturales, y ajustados los índices de morbilidad existente para el mismo problema clínico, se da esa variabilidad entre el uso de recursos sanitarios y de resultados entre diferentes proveedores o incluso entre el mismo proveedor a lo largo del tiempo?

La evidencia sobre variabilidad de la práctica médica (VPM) muestra que en muchas ocasiones los médicos no coinciden en la que debe ser la actuación adecuada para un determinado problema de salud y tampoco en la cantidad necesaria de servicios que se han de utilizar. La variabilidad, una vez controladas las variables que pueden ocasionar confusión, indica, que bien por exceso o por defecto, se están realizando actuaciones sanitarias inadecuadas. De ahí que sea razonable plantearse cuestiones como son el riesgo de sufrir, según donde se viva, un procedimiento inadecuado, o un tratamiento subóptimo e interesarse por el costo social de oportunidad de este problema.

Los economistas de la salud, con toda la razón, se preocupan por el impacto que sobre la productividad marginal de las actuaciones médicas tiene la variabilidad de su práctica; pacientes que podrían beneficiarse de un tratamiento pueden dejar de recibirlo, mientras que se aplica a otras personas para las que el costo marginal de éste supera al beneficio marginal. Es decir, desde el punto de vista económico, la VPM podría ocasionar una pérdida de bienestar social.

El tema de las variaciones en aspectos relacionados con la utilización de los servicios de salud han sido estudiados desde hace mucho tiempo. En 1880 el Dr. E. Jarvis inició estudios sobre las variaciones en la práctica médica, posteriormente en la década de los años 30, Alison J. Glover investigó sobre las tasas de amigdalectomías en escolares en diferentes ciudades de Londres y logró describir variaciones en más de 10 tipos de intervenciones no justificadas por diferencias de movilidad o de entorno.

También evidenció el caso de un condado en el que el cambio de médico por jubilación, varió las tasas de amigdalectomía en la población escolar, es decir que con el médico que se jubiló el promedio de amigdalectomías por año era de 186, mientras que con el nuevo médico se realizaban solo 13 amigdalectomías anualmente.

También Glover concluyó que las tasas más altas de amigdalectomías no implicaban mejores condiciones de salud, mientras que la mortalidad en las operaciones de amígdalas había provocado 424 niños fallecidos en los últimos cinco años. Sin embargo el estudio de la variabilidad en la práctica médica empezó a tomar verdadera importancia en los años 70 y 80 cuando Wennberg publicó en una serie de trabajos en los que describía la importancia de la variabilidad en la práctica médica, demostrando que era un fenómeno generalizado para numerosos procedimientos y sus implicaciones en la economía de la salud, estableciendo relaciones entre la variabilidad de las intervenciones, los estilos de práctica y la relación entre oferta y utilización.

A partir de estos estudios Wennberg y sus colaboradores, establecieron como elemento principal para explicar el fenómeno de la variabilidad, el concepto de la incertidumbre. Bajo este marco conceptual, la variabilidad se puede analizar tanto por el punto de vista de la oferta como el de la demanda.

Desde el punto de vista de la demanda se reconocen elementos como la morbilidad, estructura demográfica, características socioeconómicas que determinan la decisión de los pacientes de buscar tratamiento en presencia de sintomatología similar. Por el lado de la oferta, son aspectos de importancia la estructura, organización como capacidad instalada, el sistema sanitario, recursos per-cápita, sistema de pago e incentivos a médicos y hospitales, la especialización, docencia, tamaño y tipo de centro de salud y la forma de incorporar tecnología.

Si las variables por el lado de la demanda no pueden explicar toda la VPM observada, habrá que volver la mirada hacia el lado de la oferta de servicios sanitarios. Aquí además, habrá que considerar por separado el sistema de provisión y a los proveedores directos, es decir los médicos. Cuando se comparan diferentes sistemas de salud y se controlan variables como los incentivos a los médicos, el nivel de cobertura poblacional o los copagos de usuarios, ocurre lo mismo que con los factores de la demanda: influyen a nivel individual pero no lo explican todo cuando se enfoca el problema desde una perspectiva comunitaria.

A pesar de estos determinantes de la oferta y la demanda que inciden en la variabilidad, el aspecto que poderosamente explica las diferencias en la gestión clínica es la presencia de la incertidumbre, la cual aumenta cuando no hay evidencia científica sobre la efectividad de las alternativas de tratamiento o diagnóstico ante una enfermedad concreta, o bien cuando hay ignorancia existiendo evidencia científica sobre el valor de pruebas y tratamientos pero el médico lo desconoce, o aun conociéndola, emplea otras de menor valor.

Por otra parte, la incertidumbre disminuye cuando existe acuerdo entre los médicos sobre el valor de un procedimiento, entonces solo en presencia de incertidumbre, los médicos desarrollan diferentes prácticas y que son las principales causantes de la variabilidad en la práctica médica, de tratamientos inadecuados y gasto sanitario innecesario, propiciando la ineficiencia en la utilización de los recursos. Ante este escenario es importante tomar acciones para reducir las variaciones en la práctica médica, estableciendo estrategias que son propuestas por los economistas de la salud.

Estrategias frente a las variaciones en la práctica médica.

La variabilidad en la práctica médica se puede definir como las variaciones sistemáticas en las tasas estandarizadas de un procedimiento médico o quirúrgico. Éstas son habituales, sistemáticas, extensas, y permiten visualizar con claridad importantes problemas en la efectividad clínica y eficiencia social en la actuación de los médicos. Una vez definida la variabilidad en la práctica médica, se pueden plantear las siguientes interrogantes.

¿La accesibilidad de una persona a un procedimiento diagnóstico o terapéutico adecuado es distinta según el lugar donde viva?

¿Cuál es el costo de oportunidad que tiene para la sociedad los recursos que son utilizados de forma innecesaria?

¿Cuál es el costo marginal y el costo de oportunidad de los recursos adicionales destinados a doblar la tasa de intervenciones por otras innecesarias que fracasaron?

Para responder esta última pregunta desde el punto de vista de la incertidumbre, se debe decir que el conocimiento sobre la eficacia y efectividad de las diferentes intervenciones homogenizaría, en alguna medida, los estilos de práctica médica

en relación a las decisiones más apropiadas. Esto disminuiría la variabilidad en la utilización de los servicios de salud y a su vez mejoraría la adecuación y la efectividad en la atención médica. En forma puntual, entre las estrategias que pueden mencionarse para reducir la variabilidad en práctica médica están:

- a. Dada la gran incertidumbre en la práctica de la medicina y las evidencias de que “más no es mejor”, una estrategia es intentar influir en la toma de decisiones hacia estilos de prácticas menos agresivos, sobre todo en presencia de incertidumbre o en las áreas de elevada utilización de recursos. Se debe fortalecer el conocimiento para modificar los estilos de práctica médica.
- b. La aplicación de la medicina basada en la evidencia es una estrategia que busca el análisis y la difusión del mejor conocimiento clínico y conocimiento científico, para reducir la incertidumbre y la ignorancia en la toma de decisiones clínicas.
- c. Incorporación de los pacientes a la toma de decisiones clínicas. Una estrategia emergente frente a la variación en la práctica médica es la reducción en la asimetría de la información entre el médico y el paciente. Las estrategias con el paciente parten de la imposibilidad de eliminar la incertidumbre en la toma de muchas decisiones médicas y toman en cuenta que las personas tienen diferentes percepciones de la enfermedad y del impacto sobre su vida de los posibles tratamientos, por lo que en una misma situación de enfermedad, pueden elegir alternativas de tratamiento diferentes. Entonces se supone que el paciente bien informado en relación a su enfermedad y los posibles tratamientos, reducen la información asimétrica, mejora la comunicación médico – paciente y se logran resultados más satisfactorios.

Bajo estas consideraciones, es pertinente que en organizaciones prestadoras de servicios de salud, como lo es la CCSS, se comprenda el concepto de la variabilidad en la práctica médica, sus implicaciones directas sobre la gestión clínica, la utilización de los recursos, el efecto de este fenómeno sobre la salud de los pacientes y la eficiencia en la prestación de servicios médicos.

Actualmente, no existen intervenciones, estrategias o al menos actividades dentro de las políticas institucionales, dirigidas a minimizar los efectos de la variabilidad en la práctica médica. En los diversos hospitales se aplican diferentes modalidades terapéuticas y diagnósticas, sin que se evaluara por parte de la institución estas variaciones en las atenciones, sin considerar su efecto sobre efectividad, eficacia y pertinencia de acuerdo a lo que el conocimiento médico actual y la medicina basada en la evidencia de hoy dictan internacionalmente.

Se pueden citar ejemplos que ilustran la importancia de investigar la VPM en los centros de salud de la CCSS. En el presente trabajo se abordó una patología para mostrar la presencia del fenómeno de la VPM en la CCSS y sus efectos en los costos asociados a las diferentes formas de tratar la enfermedad.

La enfermedad escogida para ejemplificar este fenómeno es la **Colelitiasis**.

Definición

Son depósitos duros y similares a cristales de roca que se forman dentro de la vesícula biliar. Estos cálculos pueden ser tan pequeños como un grano de arena o tan grandes como una pelota de golf, dependiendo del tiempo que haya transcurrido en su formación.

Causas, incidencia y factores de riesgo

La causa de los cálculos biliares varía. Algunos cálculos se forman cuando hay demasiado colesterol o bilirrubina en la bilis. La bilis es un líquido que ayuda al cuerpo a digerir las grasas. Otros cálculos se forman si no hay suficientes sales

biliares o si la vesícula no logra vaciarse adecuadamente. Los cálculos biliares son un problema de salud común en todo el mundo y son más frecuentes en las mujeres, indígenas estadounidenses y personas mayores de 40 años de edad.

Entre otros factores de riesgo están los hereditarios y étnicos, la obesidad, la diabetes, la cirrosis hepática, la alimentación intravenosa prolongada y algunas operaciones de úlceras pépticas.

Síntomas

Los cálculos biliares se presentan con frecuencia sin síntomas y generalmente se descubren por medio de un examen de rayos-X de rutina, cirugía o autopsia.

Los síntomas generalmente comienzan después de que un cálculo grande bloquea el conducto cístico o el conducto colédoco. El conducto cístico drena la vesícula y el conducto colédoco es el conducto principal que desemboca en el duodeno. Un cálculo que bloquea la abertura de la vesícula o el conducto cístico generalmente produce síntomas de cólico biliar, que es un dolor de tipo cólico desde la mitad hasta la parte superior derecha del abdomen. Si el cálculo no pasa hacia el duodeno, pero continúa bloqueando el conducto cístico, se presenta una colecistitis aguda.

Es importante acudir a un médico si la persona tiene síntomas de cálculos biliares. Estos cálculos se presentan en muchas personas con cáncer de vesícula.

Tratamiento

Los modernos avances en cirugía han revolucionado el tratamiento de los cálculos biliares. En términos generales, la cirugía se utiliza únicamente si el paciente presenta síntomas.

En el pasado, la colecistectomía abierta (extirpación de la vesícula biliar) era el procedimiento usual para los casos sin complicaciones. En la actualidad, se utiliza

con mayor frecuencia una técnica mínimamente invasiva, llamada colecistectomía laparoscópica, un procedimiento en el que se utilizan incisiones quirúrgicas más pequeñas que permiten una recuperación más rápida. A un paciente le pueden extirpar la vesícula en la mañana y dársele el alta del hospital el mismo día por la noche o a la mañana siguiente.

La colecistectomía laparoscópica es, actualmente; el tratamiento de elección en la mayoría de los pacientes con colelitiasis sintomática, con claras ventajas sobre las técnicas tradicionales, como son la disminución del dolor postoperatorio, iniciación rápida de la ingesta oral y de la de ambulación, lo que permite el alta precoz y una más rápida reincorporación a la actividad normal. Así mismo, ofrece mejores resultados estéticos al no existir heridas ni cicatrices abdominales.

CAPITULO III

Marco Metodológico

CAPITULO III

Marco Metodológico

El presente trabajo pretende evidenciar la necesidad de que la CCSS establezca políticas para optimizar los recursos, así como la urgente necesidad de atender los efectos de la variabilidad en la Práctica Médica.

Para abordar el tema en estudio, primeramente se determinaron una serie de conceptos teóricos relacionados con la incertidumbre en los servicios de salud y su relación con las variaciones en la práctica médica y a la vez sus efectos sobre la eficiencia, la utilización de los recursos destinados a la atención médica y el impacto sobre la salud de las personas.

A su vez, se analizaron estos elementos en un procedimiento quirúrgico utilizado para el tratamiento de una patología con una alta incidencia en Costa Rica como lo es la colelitiasis aguda, con información de dos hospitales de la CCSS, con una complejidad similar. Se establecieron las relaciones entre la colelitiasis y el manejo recomendado por la literatura actual, enfocada en la evidencia y los estilos terapéuticos basados en las decisiones de la técnica quirúrgica que realizaron los cirujanos de estos dos hospitales, en el año 2006.

Como un tercer paso, se identificó de manera general las variaciones en los costos y su influencia en el uso de los recursos financieros, relacionados con el procedimiento quirúrgico elegido.

Para ejemplificar los alcances de la variabilidad en la práctica médica, se presentó un caso clínico que evidenció los efectos de este fenómeno en la atención directa del paciente.

La CCSS posee los recursos para llevar a cabo una investigación en este campo, sin embargo, las autoridades deben darse por entendidos de que se trata de una apremiante necesidad el disminuir la variabilidad, estableciendo protocolos de atención, con el fin de fortalecer la eficacia en la institución y lograr un uso más racional y adecuado de los recursos.

Tipo de estudio

El estudio realizado es de tipo comparativo entre la gestión quirúrgica de la Colelitiasis en dos hospitales de la CCSS a los cuales se denominará para efectos del estudio hospital A y hospital B y cuyo abordaje difiere de forma importante, observándose una importante variabilidad en la gestión clínica de esta patología.

La variabilidad en la práctica médica se define como las variaciones sistemáticas en las tasas estandarizadas de un procedimiento médico o quirúrgico, siendo esta la variable de mayor importancia en este estudio comparativo, se consiguió operacionalizar la misma, al comparar el abordaje quirúrgico de la Colelitiasis en dos hospitales de la Caja Costarricense del Seguro Social, identificando diferencias en la estancia hospitalaria asociada al tipo de procedimiento quirúrgico utilizado en cada hospital y el efecto en los costos que se derivaron de una u otra modalidad quirúrgica.

Selección de la Muestra

En relación a la muestra utilizada para la realización del estudio, se tomaron el número de colecistectomías efectuadas en ambos hospitales durante el año 2006. A la vez se clasificaron el total de colecistectomías realizadas según la técnica quirúrgica empleada. La información requerida fue obtenida de las oficinas de Registros Médicos de cada hospital con fundamento en la estadística de producción quirúrgica en el año 2006.

Análisis de la información

Se analizó el manejo de esta patología en el hospital A y B durante el año 2006, identificando las variaciones en el manejo quirúrgico en cada hospital, los posibles factores que influyen en que los médicos empleen una u otra técnica quirúrgica y su relación con la modalidad quirúrgica que recomienda la literatura actual y la evidencia medica.

Finalmente se hizo la relación entre el tipo de modalidad quirúrgica predominante en cada centro hospitalario y la estancia promedio de los pacientes sometidos a colecistectomías, considerando los costos asociados a estas estancias hospitalarias. De esta manera, se determinó que la variabilidad en la práctica médica es un tema presente en los servicios de salud de la C.C.S.S, y que tiene importantes implicaciones en los costos que se derivan de la atención de los pacientes, por lo que es relevante la estandarización de la gestión clínica como elemento importante en la reducción de esta variabilidad, lo cual fortalece la sostenibilidad financiera de los servicios de salud.

Alcance del estudio

El presente trabajo, solamente analizó las estancias promedio que se derivan de la utilización de una u otra modalidad quirúrgica, sin embargo se podrían abordar otras variables que pueden reflejar una problemática mucho mayor en cuanto a los costos asociados a las variaciones en la conducta quirúrgica que muestran los cirujanos de cada hospital.

Dentro de esas variables se pueden citar los días de incapacidad asociados a una u otra técnica, los costos que se generan de la atención de las complicaciones post quirúrgicas, así como otros costos asociados al paciente y a la sociedad como el retorno al trabajo, el grado de satisfacción, la incomodidad y el valor de las cicatrices entre otros aspectos. Para poder analizar estos elementos es necesario contar con el estudio de dos grupos de pacientes cada cual sometido a

uno u otro procedimiento quirúrgico, y se evalúan estas variables mediante encuestas y otros instrumentos de investigación.

Se desea enfatizar que el presente estudio no compara centros hospitalarios, sino valora comparativamente la gestión quirúrgica en el tratamiento de la coleditiasis en el Hospital A y en el Hospital B.

Categorías de análisis

1. Lo que indica la literatura actual
2. Lo que defiende la medicina basada en la evidencia
3. Variabilidad en la práctica en ambos hospitales
4. Impacto económico al utilizar una u otra técnica

CAPITULO IV

Investigación aplicada

CAPITULO IV

Investigación aplicada

Abordaje de la colelitiasis desde la perspectiva de la variabilidad en la práctica médica

A continuación se analiza lo que establece la literatura actual, en relación con el manejo y tratamiento quirúrgico de la colelitiasis y lo que la medicina basada en la evidencia indica como la técnica quirúrgica más eficiente y cuyos resultados son de mayor conveniencia desde el punto de vista médico y económico. Además se valora la forma en que se aborda esta patología en el Hospital A y en el hospital B, identificando la modalidad quirúrgica predominante en ambos hospitales y su concordancia con las categorías mencionadas anteriormente.

La colelitiasis se define como la presencia de cálculos en la vesícula biliar, tiene una alta incidencia dentro de las enfermedades quirúrgicas del país, por ejemplo en el Hospital A en el año 2006 se atendieron 330 casos de colelitiasis convirtiéndose en la segunda causa de egreso quirúrgico del centro. En otros hospitales de la CCSS, el comportamiento en cuanto a la incidencia es similar, en la siguiente tabla se ilustra los casos de colelitiasis documentados en el Hospital A y el hospital B.

Tabla 1. Casos de coleditiasis en dos hospitales de la CCSS, año 2006

Hospital	Número de Dx. Por coleditiasis	Número de pacientes operados	Índice operatorio
A	330	330	100%
B	98	79	80.0%

Fuente: Oficina de REDES de cada hospital

La literatura establece que el tratamiento definitivo de la coleditiasis es quirúrgico, corresponde a la cirugía denominada colecistectomía, sin embargo también describe diversas modalidades y técnicas quirúrgicas en el abordaje de esta patología; una de ellas es la colecistectomía abierta, el cual es el procedimiento quirúrgico tradicional, se efectúa bajo anestesia general, requiere un promedio de 2 horas de utilización de quirófano, además el paciente en el postoperatorio necesita estar hospitalizado un promedio de 3 a 6 días, y al menos quedar incapacitado un mes para su recuperación total y poder reincorporarse a su vida diaria.

Otra modalidad quirúrgica que ha tomado relevancia en los últimos años en el tratamiento de la coleditiasis es la cirugía laparoscópica, técnica muy utilizada en los servicios de cirugía ambulatoria, la cual tiene características muy beneficiosas, tanto para el paciente como para los servicios de salud; sobre todo en relación con a los costos. Una colecistectomía requiere al menos una hora de utilización de quirófano, las complicaciones quirúrgicas son menores sustancialmente en comparación con la técnica tradicional, al poder efectuarse de forma ambulatoria,

permite el egreso del paciente el mismo día de la cirugía, y también genera menor incapacidad al paciente.

Sin embargo, se puede observar una importante variabilidad en la práctica médica en la utilización de esta técnica quirúrgica entre los dos hospitales anteriormente citados, así como en la estancia promedio por esta patología como se muestra en la tabla número dos y tres respectivamente. En la tabla dos se observa el número de colecistectomías efectuadas en cada hospital y el número de ellas, que se realizaron según la técnica quirúrgica empleada.

Tabla 2. Colecistectomía con técnica abierta vrs. Laparoscopia ambulatoria, realizadas en dos hospitales de la CCSS, año 2006

Hospitales	Número de colecistectomías realizadas	Número de colecistectomías realizadas abiertas	Número de colecistectomía realizadas por laparoscopia	Número de casos diagnosticados
A	330	99	231	330
B	79	79	0	98

Fuente: Oficina REDES de cada hospital

En la tabla anterior se evidencia que el hospital A del total de 330 colecistectomías realizadas en el año 2006, el 70% se efectuaron por laparoscopia y el 30% restante se operaron mediante la técnica convencional, es decir la colecistectomía abierta. Por su parte en el hospital B de la CCSS, el 100% de las colecistectomías se realizaron mediante el procedimiento tradicional.

Por su parte en la tabla número tres se observan el total de días de estancia hospitalaria promedio, que se originaron como resultado de las colecistectomías realizadas en cada centro hospitalario.

Tabla 3. Estancia promedio de pacientes con diagnóstico de colelitiasis, en 2 hospitales de la CCSS, en el año 2006

Hospital	Días de estancia hospitalaria
A	3
B	7

Fuente: Oficina de REDES de cada hospital

Es evidente que en el hospital A la estancia promedio de los pacientes operados por colelitiasis es considerablemente menor que en el hospital B. Es meritorio aclarar, que la estancia promedio indicada en la tabla número tres es global, es decir involucra la estancia de todas las colecistectomía realizadas independientemente del procedimiento que se halla efectuado. Sin embargo al estimar la estancia promedio de los pacientes operados por laparoscopia, se obtiene una estancia que oscila entre cero y un día, siempre y cuando no se presenten otras complicaciones que impidan el egreso del paciente.

Las colecistectomías abiertas requieren mayor cantidad de días de estancia hospitalaria que las realizadas por laparoscopia, ya que este es un procedimiento por lo general ambulatorio, de hecho la literatura actual recomienda este último procedimiento como el más adecuado, ya que ofrece más beneficios. Algunos

indicadores que se pueden considerar para evaluar la conveniencia y adecuación de la colecistectomía por laparoscopia y la colecistectomía abierta son:

- **La Aplicabilidad** : Es importante señalar que ambas técnicas representan modalidades quirúrgicas que permiten la resolución de la colelitiasis, sin embargo la colecistectomía abierta es aplicable en todos los casos, sin embargo la técnica laparoscópica tiene algunas restricciones determinadas por aspectos relacionados con los pacientes, como los pacientes con múltiples cirugías previas, procesos inflamatorios severos en las vías biliares, o en pacientes con patologías de fondo como la insuficiencia cardiaca. Estos aspectos hacen que la aplicabilidad de la técnica laparoscópica se reduzca.
- **Eficacia en la solución de la enfermedad:** En cuanto a la capacidad de la técnica quirúrgica para tratar y resolver la enfermedad, ambas modalidades son eficaces en iguales proporciones.
- **La mortalidad:** En relación a la mortalidad asociado a ambos procedimientos quirúrgicos, no se evidencian importantes diferencias, para las dos técnicas se estima una mortalidad menor al 1%.
- **La mortalidad global:** En cuanto a la mortalidad global, donde se consideran todos los aspectos relacionados con la morbilidad del paciente, así como las posibles complicaciones post quirúrgicas se evidencia, una mayor mortalidad global asociada a la técnica abierta que a la técnica laparoscópica. Lo anterior debido a que la técnica abierta es más traumática y los periodos anestésicos son mucho mayores.
- **Lesión de la vía biliar:** Una de las complicaciones más frecuentes en este tipo de cirugía es la lesión de la vía biliar, debida al trauma que provoca la intervención quirúrgica. En la técnica abierta la iatrogénica es mayor y el

riesgo de provocar daño de las vías biliares es más elevado que el que se puede provocar en el procedimiento laparoscópico.

- **Costo del procedimiento:** El costo de la colecistectomía laparoscópica es sustancialmente menor que el costo de la modalidad abierta, dado que los días de hospitalización, los tiempos de quirófano, las horas médico y de otros profesionales son mucho menores. Esto sin cuantificar el costo de oportunidad que representa la disponibilidad del equipo quirúrgico el cual estará disponible para otra cirugía.
- **Estancia hospitalaria:** Como ya se ha mencionado la estancia hospitalaria asociada a la técnica abierta es considerablemente mayor que la estancia originada de la técnica laparoscópica, esto incrementa los costos del tratamiento quirúrgico, estrictamente la modalidad ambulatoria no debería contabilizar costos por estancia hospitalaria.
- **Días de Incapacidad:** En cuanto a los días de incapacidad que requiere el paciente para su recuperación e incorporación a la vida cotidiana, los días de incapacidad se reducen en más de un 50% cuando los paciente son tratados con la técnica laparoscópica, lo cual permite un pronto retorno a su trabajo, obteniendo efectos favorables para la condición económica de los pacientes, patronos y para el mismo sistema de salud.
- **Satisfacción:** La literatura indica que el grado de satisfacción es mayor en los pacientes tratados por la técnica laparoscópica que los sometidos a colecistectomías abiertas, dado que las molestias asociadas a la cirugía son menores, les permite una pronta recuperación y además las cicatrices que se producen son mínimas al ser una técnica mínimamente invasiva.

En la tabla número cuatro se resumen los beneficios de la colecistectomía laparoscópica en comparación con la colecistectomía abierta, se abordan una

serie de indicadores que muestran las ventajas y desventajas de cada una de estas modalidades quirúrgicas explicando las razones de la conveniencia de uno u otro procedimiento.

Tabla 4. Resumen comparativo de beneficio de la colecistectomía laparoscópica vrs la abierta

Condición	Colecistectomía laparoscópica ambulatoria	Colecistectomía abierta
Aplicabilidad	95%	100%
Eficacia en la solución de la enfermedad	100%	100%
Mortalidad	<1 %	<1 %
Mortalidad global	3.4%	11.9%
Lesión de vía biliar	0.14%	0.2%
Costos del procedimiento	\$ 297	\$ 612
Costo de kid desechable	\$ 369	\$ 0
Estancia hospitalaria	\$ 0	\$ 210 a \$ 490
Costo de incapacidad en tiempo	7 a 14 días	20 a 40 días
Retorno al trabajo	10 días	20 a 40 días
Satisfacción	97.3 %	90%
Incomodidad	Moderada	Severa
Cicatrices	Mínimas	Importantes

Fuente: <http://encolombia.com/medicina/cirugía/cirugia19104-colecistectomia3.htm>

Como se mencionó anteriormente, es posible analizar varios aspectos para evidenciar que la cirugía laparoscópica ambulatoria es un procedimiento que conviene realizar a los pacientes con diagnóstico de colelitiasis, no solo por los beneficios que representa para el paciente, sino también por la reducción en los costos derivados de la hospitalización, el tiempo de utilización de quirófanos y los días de incapacidad, entre otros. En la tabla número cinco se muestra la relación entre los días de estancia hospitalaria y el costo por día de hospitalización en el hospital A y en el hospital B.

Tabla 5. Costos de los días de estancia en los dos hospitales de la CCSS, derivados de la realización de colecistectomías

Hospitales	Número de colecistectomías realizadas	Días de estancia promedio en cada hospital	Costo por día de estancia en dólares	Costo por cirugía por días de estancia en dólares
A	330	3	457	1371
B	79	8	450	3600

Fuente: Oficina de REDES y Presupuesto de cada hospital

Como se puede observar, los costos originados por los días de estancia debidos a colecistectomías son considerablemente mayores en el hospital donde la realización de la cirugía se efectúa a través de la técnica tradicional, lo cual es totalmente concordante con lo que establece la literatura. Se observa que en el hospital A donde la mayoría de las colecistectomías se realizan laparoscópicamente, muestra una importante reducción en los costos por estancia hospitalaria cercana al 60% en cada cirugía, es decir, que una colecistectomía

realizada en el hospital A tiene un costo de \$2229 menos que la colecistectomía efectuada en el otro hospital B, de la CCSS.

Por lo anterior, es posible establecer que si en el otro hospital B se lograra implementar la realización de estas cirugías mediante la técnica laparoscópica ambulatoria, aplicando esta modalidad en al menos el 70% de los casos, se reduciría el costo del tratamiento de la colelitiasis en ese centro, en aproximadamente \$122.595, solo en el año 2006 y considerando únicamente los costos atribuibles a la estancia hospitalaria. Es obligatorio referirse al costo de oportunidad de estos recursos, dado que con ellos sería posible financiar una gran cantidad de necesidades en equipo, infraestructura o fortalecimiento del recurso humano de ese mismo centro hospitalario.

Con el análisis anterior es importante retomar el fenómeno de la variabilidad en la práctica médica. Cabe preguntarse porqué si la literatura actual explica que la colecistectomía laparoscópica ambulatoria es el procedimiento quirúrgico más adecuado para el tratamiento de la colelitiasis con excelentes beneficios para los pacientes y los hospitales en términos de costos, no se aplica esta técnica de forma estandarizada en los centros hospitalarios.

¿Qué efectos hacen que algunos cirujanos no apliquen esta modalidad quirúrgica y ocasionen variabilidad en la práctica médica?

¿Porqué los pacientes con colelitiasis de hospital B no pueden acceder a un procedimiento más beneficioso, mientras que los del hospital A si lo logran?

En consultas realizadas a jefes de cirugía y cirujanos generales, sobre las razones que pueden explicar y dar respuesta a estas interrogantes, se pudo establecer algunos elementos que han determinado esas variaciones en el tratamiento de las colelitiasis, todos estos determinantes corresponden a la de la oferta, ellos son:

1. Aspectos tecnológicos como la falta de la torre laparoscópica en el Hospital B, lo cual es una limitante asociada a la gestión local o inclusive a la planificación institucional en el sentido de adquirir tecnología que permita hacer más eficientes los servicios de salud.
2. Inconvenientes en el desarrollo de servicios ambulatorios, ciertamente la institución ha efectuado esfuerzos para desarrollar la cirugía ambulatoria; sin embargo, la ausencia de una política enérgica no ha permitido la consolidación de esta modalidad quirúrgica necesaria para mejorar la eficiencia de los servicios quirúrgicos.
3. Desinterés de los cirujanos en el aprendizaje de la técnica quirúrgica, lo cual es también fomentado por la ausencia de políticas de fortalecimiento del recurso humano mediante la capacitación y la educación médica continua a lo que se debe agregar incentivos que motiven el deseo de capacitarse en nuevas técnicas quirúrgicas.
4. Se da interés de los cirujanos en conocer la técnica pero no existe facilidad para la capacitación. La pobre proyección en la gestión y el poco interés en invertir en el fortalecimiento del capital humano impiden el desarrollo e implementación de tratamientos y técnicas quirúrgicas novedosas favoreciendo el uso de viejas conductas en la gestión clínica muchas veces obsoletas y que fomentan la variabilidad en la práctica médica.
5. Inadecuada gestión en los centros hospitalarios y ausencia de políticas institucionales que direccionen y conduzcan el desarrollo de modalidades de atención más adecuadas y eficientes, acordes a la evidencia médica actual y que contribuyan a disminuir la variabilidad en la gestión clínica, asegurando de esta manera mayor eficiencia en la prestación de los servicios de salud en procura de la sostenibilidad financiera del sistema de salud.

Caso clínico que ejemplifica la Variabilidad en la Práctica Médica.

El caso corresponde a un paciente de 47 años, con antecedentes de etilismo crónico y tabaquismo, además conocido hipertenso en tratamiento con atenolol, que ingresa al Hospital Max Peralta de Cartago, con cuadro clínico caracterizado por hematemesis importante, palidez e hipotensión. Se establece como diagnóstico de ingreso sangrado digestivo alto, se realiza gastroscopía que muestra un importante sangrado a nivel gástrico, originado por una úlcera péptica perforada, a nivel de antro pilórico. Se realizan irrigaciones y es imposible controlar el sangrado a través de gastroscopía.

El cirujano de guardia indica que el paciente debe ser operado y programa una laparotomía y corrección de la úlcera con parches de epiplón. Sin embargo el Dr. Sasagawa, cirujano japonés, Director del proyecto de cáncer gástrico en Cartago, solicita participar en la cirugía. Una vez en el Quirófano, el Dr. Sasagawa toma la dirección de la cirugía con la anuencia del cirujano nacional. En ese momento, el cirujano principal decide variar el tipo de procedimiento, indicando que en este caso se debía efectuar una gastrectomía subtotal, siendo ésta una cirugía de mayor complejidad. La decisión de efectuar un procedimiento u otro, muchas veces depende del llamado criterio médico, forjado por la escuela de donde proviene el médico tratante, sin embargo, como se observa en este caso, la variabilidad en la práctica médica trasciende fronteras y es posible presenciarse en gran cantidad de decisiones clínicas que se toman diariamente en todos los casos que se atienden en los diferentes centros de atención del país.

Esto puede evidenciarse en la variabilidad en la prescripción de un medicamento, en la indicación de un examen de laboratorio o de un estudio radiológico, entonces, si en cada una de estas decisiones no se hace lo adecuado, si la decisión no se ajusta a la conducta que dicta la medicina basada en la evidencia y por el contrario, la decisión se toma con incertidumbre, es donde aflora la variabilidad en su máxima expresión, con implicaciones bastante negativas para los pacientes y para la correcta utilización de los recursos.

En la siguiente tabla se muestra las diferencias entre el procedimiento sugerido por el cirujano costarricense y el procedimiento efectuado por el cirujano japonés.

Tabla 6. Diferencias entre la cirugía laparoscopia y la gastrectomía

Características	Laparoscopia con parche de epiplón	Gastrectomía subtotal
Horas de cirugía	1	4
Estancia pos-quirúrgica	4	14
Estancia en unidades críticas	0	3
Días de incapacidad	30	60

Fuente. Entrevista a experto en cirugía

De este caso solo se incluyen datos globales de las implicaciones en la variabilidad de la práctica médica en la intervención quirúrgica ante el diagnóstico de úlcera gástrica perforada, no se incluyen aspectos de eficacia en la solución de la patología, mortalidad, complicaciones entre otros aspectos, sin embargo en el ámbito de los costos es sustancialmente mayor los que derivaron del procedimiento indicado y realizado por el cirujano japonés.

La literatura establece que ambos procedimientos están indicados y su utilización depende de diversas condiciones, no establece claramente cuáles son las indicaciones de uno u otro procedimiento y que en gran medida dependerá del criterio médico, lo cual genera incertidumbre en el accionar del médico ante pacientes que presentan el diagnóstico de úlcera gástrica perforada.

Como se discutió anteriormente, la incertidumbre genera variabilidad en la práctica médica, con efectos poco beneficiosos en la eficiencia de los centros hospitalarios y en la salud de los pacientes.

CAPITULO V

Conclusiones y recomendaciones

CAPITULO V

Conclusiones y recomendaciones

Finalmente, una vez analizado el abordaje de la coleditiasis en el hospital A y comparándolo con la forma de tratar esta patología en el hospital B, bajo el concepto de la variabilidad en la práctica médica, ha permitido identificar conductas diferentes en la forma en que se gestiona esta enfermedad en ambos hospitales.

Esta variabilidad encontrada tiene efectos importantes en el aspecto de los costos, específicamente los que son atribuidos a la estancia hospitalaria, quizás estudiando otras variables sea posible dimensionar más ampliamente el impacto de la variabilidad en la práctica médica en los servicios de salud. Por lo anterior, es pertinente realizar las siguientes conclusiones y recomendaciones:

CONCLUSIONES

- Actualmente existe una gran preocupación por los gastos en los servicios de salud, ante esta preocupación del Estado, es necesario prestar la atención que merece el fenómeno de la variabilidad en la práctica médica, no solo por el efecto de éste en los costos asociados a la prestación de los servicios de salud, sino también para fortalecer la seguridad en la práctica médica y en la calidad del servicio que reciben los pacientes.
- El hospital A realiza una gestión quirúrgica de la coleditiasis más eficiente y acorde con lo que establece la literatura actual sobre la forma más adecuada de tratar esta patología, por el contrario el hospital B al tratar la coleditiasis de manera convencional hace que el costo de cada cirugía por concepto de estancia hospitalaria sea un 60% más alto.
- La variabilidad en la práctica médica es un fenómeno presente en los servicios de salud de la Caja Costarricense del Seguro Social, y su magnitud y efectos dependen en gran parte de la capacidad gerencial de cada hospital, pero también de la existencia de políticas institucionales

dirigidas a reducir la incertidumbre en la gestión clínica y propiciar la estandarización en la práctica médica.

- En el análisis realizado, se determinó que las causas de la variabilidad en el tratamiento de la colestiasis son causas asociadas a la oferta de servicios, entre éstas se pueden citar: ausencia de la tecnología requerida para realizar los procedimientos ambulatorios o de corta estancia, la falta de interés en el aprendizaje de técnicas quirúrgicas más novedosas y eficientes o bien la ausencia de políticas institucionales que incentiven el desarrollo de modalidades quirúrgicas ambulatorias. Este aspecto es beneficioso pues las causas de la variabilidad que son determinadas por la oferta pueden ser más fácilmente controladas o mitigadas a través de la implementación de políticas de salud y de cambios en la gestión gerencial local.

RECOMENDACIONES

- Es fundamental que la CCSS dedique recursos a la investigación del fenómeno de la variabilidad en la práctica médica, obtenga información sobre este tema y formule estrategias y políticas aplicables en el ámbito de la gestión clínica, con el propósito de mitigar sus efectos.
- Se debe propiciar que los pacientes se informen adecuadamente sobre sus enfermedades, la CCSS debe implementar estrategias para disminuir la asimetría en la información y así contribuir a disminuir la variabilidad de la práctica médica.
- Es necesario que la CCSS establezca con prioridad los elementos determinantes, tanto por el lado de la oferta y por el lado de la demanda, de la variabilidad en la práctica médica que ocurre en los centros de salud, como por ejemplo las diferencias tecnológicas, la necesidad de capacitación, el reforzamiento de la gestión gerencial detectados, desarrollando la capacidad de identificar este fenómeno y que cada unidad de servicios de salud tomen medidas y acciones para minimizar los efectos de la variabilidad en la práctica médica.

BIBLIOGRAFIA

Fallas, Helio. Antología del curso de economía de la salud. ICAP - CENDEISSS. 2007.

Glober, J.A. The incidence off tonsillectomy in school children. Proc Royal society Med. 1938.

Peiro, Salvador. Variaciones en la Práctica Médica y resultados de Salud: Informando las elecciones clínicas y del políticas sanitarias. Boletín Instituto de Investigación en Servicios de Salud. 1999.

Peiro, Salvador, Menen, R. Variaciones en la Práctica Médica. Implicaciones para la práctica clínica y la política sanitaria. Economía y Salud. 1995.

Wennberg, J.E. and Fowler F.J. A test of consumer contribution a small area variations in healthcare delivery. J. Maine Med. Assoc.1977;68:275-9.

Wennberg, JE. A small area varations in health care delivery. A population based health information system can guide, planning and regulatory decision-making. Science 1973.

Oicina de Registros Médicos. Boletín estadístico, año 2006, de los Hospitales de san Ramón, Grecia y Puntarenas.

<http://escuela.med.pvc.cl/pagina/publicaciones/boletín/html/cirugía/25.html>

<http://encolombia.com/medicina/cirugía/cirugia19104-colecistectomía1.htm>

<http://sciclo.isciii.es/sciclo.php.script=sciarttext.pid>

http://www.webcalidad.org/articulos/var_pra_cli.htm

email: webcalidad.org

ANEXOS

Anexo N° 1

Glosario

1. **Amigdalectomía:** Extirpación quirúrgica de las glándulas amígdalas.
2. **Antro Pilórico:** Porción final del estomago donde son muy frecuente la presencia del ulceras.
3. **Bilis:** Líquido almacenado en la Vesícula Biliar compuesto de sales Biliares y Bilirrubina producto de Metabolismo hepático y que es necesaria para la absorción de las grasas en el intestino.
4. **Cirugía Laparoscópica:** Técnica quirúrgica minimamente invasiva que utiliza equipo e instrumental quirúrgico muy específico.
5. **Colecistectomía:** Nombre de la cirugía que consiste en la extirpación de la Vesícula Biliar.
6. **Colecistitis Aguda:** Proceso inflamatorio de la Vesícula Biliar, frecuentemente provocado por la presencia de cálculos Biliares que obstruyen el paso de la Bilis.
7. **Colelitiasis:** Es la presencia de depósitos duros similares a cristales de roca que se forman en la vesícula Biliar y que obstruyen el paso de la Bilis al intestino delgado.
8. **Conducto Cístico:** conducto de las vías Biliares que conduce la Bilis de la vesícula Biliar al conducto colédoco.
9. **Conducto Colédoco:** Conducto de las vías Biliares que se forma de la unión del conducto cístico y el conducto hepático común y que conduce la Bilis al intestino delgado.
10. **Gastrectomía Subtotal:** Extirpación parcial del estomago mediante una cirugía abierta.
11. **Úlcera Péptica:** Lesión escavada de mucosa gástrica que se produce por la acción de ácido gástrico.