



REVISTA DE
GASTROENTEROLOGÍA
DE MÉXICO

www.elsevier.es



■ Plenarios AGA

La calidad en la gastroenterología

José Ramón Nogueira de Rojas

Gastroenterólogo, Hospital General de Irapuato, SSG.
Irapuato, Guanajuato.

■ Cuando el destino nos alcance

En la *Digestive Disease Week* (DDW) 2001, en la plenaria del Presidente de la AGA, Lucian Leape de Boston pronunció una conferencia sobre los errores médicos.¹ En ese mismo congreso se llevó a cabo un simposio sobre dicho tema que concluyó con la necesidad de que las agrupaciones médicas se ocupen de mejorar la calidad de la práctica de sus asociados, antes que el gobierno lo haga.¹ En la DDW 2005 se comunicó una serie de medidas tomadas por la AGA para empezar a conocer cuál sería la labor de las sociedades médicas en el mejoramiento de la calidad de la atención que brindan sus asociados. El interés de las agrupaciones de médicos surgió de la aparición en los medios de comunicación e internet de las estadísticas sobre errores médicos y el incremento continuo de los costos de la medicina en Estados Unidos, que no se correlacionan con la calidad de la atención: Estados Unidos es el país que más gasta en atención médica, pero en calidad ocupa el lugar 37º.² Es evidente que el desarrollo de los acontecimientos ha aumentado la angustia institucional. En la DDW 2010 se impartieron un curso para administradores médicos ("Preparándose para el futuro"), un simposio sobre la interacción con la industria ante las nuevas exigencias éticas, un simposio sobre enseñanza de la endoscopia, una conferencia magistral sobre la salud en el mundo, y varios simposios sobre medicina personalizada, calidad, enseñanza y mejoramiento de procesos, métodos de certificación, formas de mantener la certificación y la nueva ley sobre atención a la salud. Además, se presentó un sistema (*Gastroenterology Clinical*

data Registry), que ha iniciado la AGA, de registro de las actividades para los médicos interesados. En cuanto a trabajos libres, se presentaron 40 carteles sobre investigación de resultados de procedimientos, 29 sobre investigación de resultados en endoscopia, 33 sobre aseguramiento de la calidad en la práctica gastroenterológica y 12 sobre investigación en educación y entrenamiento en gastroenterología. Un total de 114 trabajos versa sobre temas relacionados con la calidad de la atención.

Se resumen a continuación tres ponencias: la conferencia Morton Grossman sobre la salud en el mundo, el simposio sobre educación en endoscopia y el simposio sobre el nuevo registro de datos clínicos de la AGA.

1. Conferencia Morton Grossman. Harold E. Varmus, premio Nobel, informó que en ese momento había 32 sesiones simultáneas, razón por la cual el salón estaba casi vacío. Informó que se había demostrado que al mejorar la salud de la población se mejora la economía de un país. Después de dar cifras reveladoras sobre las cantidades gastadas en salud y lo que cuesta en sufrimiento, muerte y dinero, propuso algunas medidas futuras: a) comunicación moderna y acceso abierto y gratuito al conocimiento médico, como el sitio www.plos-medicine.org/ en el que se publican artículos de interés médico sin costo; b) tratar los factores externos: agua, alimento, clima, energía, transporte; c) investigación específica para países pobres en muchas condiciones; d) solidaridad: miembros de todas las disciplinas médicas deben dar algo de su tiempo al mundo en desarrollo. Un ejemplo es la organización *Surgeons Overseas* (SOS), que trata de mejorar la estadística según la cual 35% de la

población mundial sólo tiene acceso a 3% de las operaciones quirúrgicas.

2. Sesión especial de ASGE: competencia en endoscopia. Nunca se habló de endoscopistas sino de gastroenterólogos: la competencia que deben alcanzar los gastroenterólogos en la práctica de procedimientos endoscópicos.

Douglas O. Faigel se refirió a la manera de lograr competencia en el trabajo médico, hasta alcanzar un nivel mínimo requerido basado en el número de procedimientos ejecutados bajo supervisión. El tema ha suscitado interés en los educadores médicos por muchos años³ y ha sido objeto de recomendaciones formales desde 1999.⁴ Asimismo, explicó que el uso de simuladores hace posible que el procedimiento se realice con mayor rapidez, pero no mejora el tiempo ni el volumen requeridos para alcanzar competencia.

Peter B. Cotton se interesó por la forma de mantener el nivel de competencia. En primer lugar figuran los derechos legales que se obtienen con el diploma institucional y el certificado del Consejo. En segundo lugar, obtener privilegios, que es la autorización para realizar procedimientos en una institución. Los privilegios son uniformes y específicos.⁵ Se realiza una verificación práctica periódica para renovar el certificado del Consejo. El método de la ASGE puede consultarse en www.asge.org/competence_in_endoscopy. Deben actualizarse para enfrentarse con nuevos métodos, como el ultrasonido endoscópico y nuevos procedimientos, como el drenaje de un pseudoquiste pancreático.

David J. Bjorkman disertó sobre cómo enfrentarse con el endoscopista problema. Primero hay que convencer al médico que sobrestima sus capacidades y le parecen innecesarias las correcciones. Después se considera la motivación, que debe ser positiva: mantenimiento de privilegios, incentivos económicos, mejoramiento del grupo, satisfacción del paciente y orgullo personal. Si no mejora, se lo enfrenta a sus números. Si continúa igual, se le extiende una carta con plazos y metas a alcanzar. Si no los cumple, se le suspenden privilegios y por último se lo expulsa del grupo.

Por último, Roland M. Valori, de Inglaterra, explicó el sistema usado en Gran Bretaña para el mantenimiento de la competencia. La institución a cargo se denomina JAG (*Joint Advisory Group*) y emite recomendaciones sobre la calidad en entrenamiento de las unidades y los individuos, certificación y revalidación. Además, aplica un examen

durante el entrenamiento y uno al final. El examen incluye procedimientos reales en pacientes. Dos observadores califican dos procedimientos de cada tipo que se enseña o se desea certificar. El método y la hoja de calificación se pueden estudiar en el portal www.thejag.org.uk

3. Simposio *GI Clinical Data Registry*. Se llevó a cabo en un gran salón que estaba casi vacío. Comentó el coordinador que eso demostraba que todavía los gastroenterólogos no han entendido que tendrán que cambiar su manera de trabajar y eso, ante los cambios actuales y los futuros, es más importante que conocer los últimos avances.

La jornada inició con la ponencia de John Allen, quien señaló que el registro tiene ya en este momento datos clínicos de 4.5 millones de pacientes, lo que crea una comunidad de aprendizaje gastroenterológico que podrá realizar estudios de observación enfocados en tratamientos y servicios médicos del “mundo real”. Los objetivos de este registro son tres:

- A) Mejorar la experiencia de la atención de los pacientes.
- B) Mejorar la salud de la población.
- C) Reducir el costo total de la práctica médica.

Cada médico que ingrese al sistema debe introducir los datos de cada paciente: demografía, historial clínico, laboratorio, diagnósticos, farmacia, otros tratamientos, resultados, complicaciones. Éstos quedan almacenados como datos de una práctica identificada y se vacían en la gran base de datos general y anónima.

Joel Brill explicó las limitaciones y deficiencias de los registros. Éstos deben ser observacionales, reales y no manipulables, además de que deben recopilar datos bien definidos para evaluar los resultados. Los factores críticos son: objetivos claros, alcanzables e importantes, lo cual es posible si se agrupan datos útiles y específicos, no disponibles en otros medios.

Citó a Deming: “Si se enfoca en la calidad, ésta aumenta y bajan los costos. Si se enfoca en los costos, éstos aumentan y baja la calidad”.

Explicó las razones para participar: a) unirse a una comunidad de médicos que buscan lo mejor para sus pacientes; b) informar el estado de la propia práctica y compararlo con el de la comunidad; c) permitir el manejo de los pacientes a nivel poblacional (“mundo real”); d) en la reforma del sistema de atención médica, trabajar mejor tiene incentivos económicos; e)

es necesario mantener la certificación que demuestre la calidad de la práctica.

Cary Sennett, que trabaja para la empresa *Med Assurant*, asociada con la AGA para este proyecto, explicó la forma en que funciona el registro usado por 200 compañías y agencias del gobierno para sus propios fines.

Jean Slutsky demostró que el mantenimiento adecuado de registros generales mejora la salud de la población e invitó a entrar al sitio del gobierno de Estados Unidos que se encarga de la investigación sobre calidad en la atención médica: www.ahrq.gov

La pregunta más importante al terminar se relaciona con el costo. El miembro de la AGA que desee participar debe pagar 200 dólares. Los interesados pueden conocer los detalles y métodos del registro en el sitio www.agaregistry.org

■ Comentario final

El pensamiento de los líderes de la medicina de Estados Unidos y Europa ha evolucionado en relación con la necesidad de que los médicos mejoren la calidad de su práctica y vigilen la de sus colegas. Es pertinente preguntar si en México sólo se finge un interés en la calidad, porque las medidas tomadas para mejorarla son siempre tímidas, efímeras y al final vanas. Alguna de estas ideas debe empezar a ponerse en práctica, por ejemplo en los consejos de especialidad.

Referencias

1. Nogueira JR. Los errores en la atención a la salud. *Rev Gastroenterol Mex* 2001;66(suppl 1):93-94.
2. Nogueira JR. La reducción de riesgos en la práctica de la gastroenterología. *Rev Gastroenterol Mex* 2006;71(suppl 1):70-72.
3. Baillie J, Ravich WJ. On endoscopic training and procedural competence. *Ann Intern Med* 1993;118:73-74.
4. ASGE Publications. Principles of training in gastrointestinal endoscopy. *Gastrointest Endosc* 1999;49:845-853.
5. Eisen CM, Baron TH, Dominitz JA et al. Methods of granting hospital privileges to perform gastrointestinal endoscopy. *Gastrointest Endosc* 2002;55:780-783.