

Calidad en cirugía: ¿qué hace al mejor cirujano del país?

ÁLVARO SANABRIA¹, MARTHA CASTAÑEDA²

Palabras clave: cirugía; garantía de la calidad de atención de salud; relaciones médico-paciente; seguridad del paciente; evaluación de procesos y resultados (Atención de Salud).

Resumen

Los procedimientos médicos requieren una perfecta relación entre las instituciones y los profesionales que garantice el éxito de los tratamientos. Por lo tanto, este debería ser un indicador que facilite a los pacientes la selección del equipo médico experto que haya demostrado el menor número de complicaciones y la mayor tasa de éxito en su área. Contrario a lo esperado, la información suministrada en Colombia por los entes territoriales y otros organismos como sociedades científicas, EPS e IPS, presenta debilidades, pues existe información incompleta, desactualizada, inespecífica e insuficiente que dificulta la selección del profesional. Esta situación es aún más complicada cuando se trata de instituciones.

Los requisitos exigidos por los sistemas de gestión –que buscan, entre otras cosas, garantizar condiciones mínimas para prestar un servicio de salud, satisfacer las necesidades del cliente y, en el mejor de los casos, cumplir requisitos superiores que garanticen la calidad de la atención– confunden al paciente y lo desvían de

los resultados clínicos que son los que deberían facilitar su decisión. Sin embargo, ninguno de los sistemas mencionados incluye la medición de los resultados clínicos, aunque consideran los indicadores relacionados con satisfacción, detección y gestión de eventos adversos y complicaciones, etc.

Es necesario que en el país se creen registros de resultados clínicos por profesional e institución, que permitan hacer una selección más transparente de los proveedores de servicios de salud.

Hace algunos meses un colega y amigo tuvo que someterse a una cirugía de rodilla, específicamente una inserción de una prótesis total, y entonces surgió la natural inquietud de saber cuál era el cirujano idóneo para practicar dicho procedimiento. Este procedimiento se considera de alta complejidad, no solo en razón de las dificultades técnicas propias de la operación, sino de las posibles complicaciones derivadas del procedimiento quirúrgico, como la grandísima posibilidad de trombosis venosa profunda, por ejemplo, y lo largo y tedioso de una recuperación exitosa, lo que requiere una perfecta coordinación entre el acto operatorio y el cuidado posoperatorio o, en otras palabras, un ‘matrimonio’ perfecto entre el equipo quirúrgico y la institución. Así que mi amigo anduvo por los pasillos de la institución durante algunas semanas, preguntando si alguien podría recomendarle un cirujano y por qué. Su experiencia en esa búsqueda es lo que nos ha motivado a escribir algunas palabras al respecto.

Cuando alguien debe someterse a un procedimiento quirúrgico de baja o alta complejidad, la reflexión

¹ Médico cirujano, MSc, PhD; profesor, Departamento de Cirugía, Universidad de Antioquia; cirujano de Cabeza y Cuello, Unidad de Oncología, Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia; profesor, Área de Investigaciones, Facultad de Medicina, Universidad de La Sabana, Chía, Colombia

² Odontóloga, auditora clínica, MSc (c.) en Calidad y Sistemas de Gestión Integral; consultora independiente, Medellín, Colombia

Fecha de recibido: 28 de agosto de 2013
Fecha de aprobación: 12 de noviembre de 2013

Citar como: Sanabria Á, Castañeda M. Calidad en cirugía: ¿qué hace al mejor cirujano del país? Rev Colomb Cir. 2014;29:7-11.

inicial siempre consiste en encontrar a un profesional experto (entiéndase especialista o subespecialista en determinada área) que, además de serlo en el papel, es decir, de tener un título que lo certifique, también haya demostrado su pericia con excelentes resultados clínicos, lo que se llama desempeño (*performance*)¹. Tomar una decisión en este contexto debería ser simple y fácil: se busca al cirujano que tenga la menor frecuencia de complicaciones y el mayor éxito en términos de funcionalidad. La cuestión extendida al ámbito institucional, dónde operarse, se resuelve de forma similar y lleva, o debería llevar, de manera expedita a la escogencia de la clínica u hospital con el menor número de eventos adversos, menor número de complicaciones y mejores índices de satisfacción.

Si seguimos el razonamiento anterior, para un paciente común, encontrar al experto debería ser fácil. Todo se reduciría a localizar el listado de todos los cirujanos certificados en una determinada área geográfica. Pero algo que debería ser tan sencillo es complicadísimo en Colombia. A pesar de la norma gubernamental que exige la inscripción de los profesionales de la salud en las secretarías de salud correspondientes, si se desea saber el número de cirujanos ortopedistas que hay en Medellín, hay que empezar una ardua búsqueda. El Ministerio de Salud y las secretarías de salud municipales o departamentales, tienen un listado de prestadores independientes que podría ser útil. Sin embargo, este listado en casos como el mencionado, solo recoge el nombre de los médicos registrados y su especialidad, pero no la subespecialidad (y mucho menos, datos sobre su desempeño). Así, obtener una relación de los cirujanos certificados en una subespecialidad es ya una odisea. Cuando la solicitud implica el nombre y el sitio donde trabajan, es toda una epopeya. Por lo general, los entes gubernamentales no ofrecen esta información de manera pública y, cuando sí la ofrecen, esta es imprecisa y poco fiable. El Ministerio de Educación, que tiene un registro nacional de los diplomas obtenidos en el país y los títulos validados obtenidos en otros países, tampoco lo hace público. Facilitar esta información al ciudadano debería ser función del Estado, pero tampoco se cumple.

Con todo, uno esperaría que las sociedades científicas llenaran este vacío, pero eso tampoco ocurre. Las sociedades tienen bases de datos de sus asociados, pero no de todos los que ejercen la profesión. Las instituciones de

salud, que deberían tener un listado unificado, tampoco lo poseen. Así las cosas, solo queda encomendarse a los directorios de los planes de medicina prepagada, que son la fuente imperfecta que se suele usar como punto de partida.

¿Por qué imperfecta? Porque nadie sabe a ciencia cierta con qué criterios de desempeño fueron escogidos los especialistas que allí figuran.

Finalmente, volviendo al caso de mi amigo, fue gracias a nuestra condición de médicos, y nuestro conocimiento del sistema y sus laberintos, que pudimos encontrar un listado de cirujanos. Sin embargo, es fácil imaginar las proezas que tiene que hacer un paciente sin el más mínimo conocimiento del sector para poder conseguir una información similar. Una persona que desconozca la estructura del sistema de salud, difícilmente logrará superar los primeros escollos, y su capacidad de elección se verá ostensiblemente limitada. En la mayoría de los casos, el paciente ha de contentarse con la escasa información que puede encontrar.

Si obtener un listado de especialistas es complicado, buscar los resultados clínicos de cada uno de ellos es, sin duda, mucho más difícil. De esa lista inicial de reputados profesionales de la medicina, hay que escoger ahora al que haya demostrado excelentes resultados clínicos. La primera pregunta que surge es cómo definir 'excelencia de los resultados clínicos', lo que en otros contextos se conoce como calidad técnica. Un médico inmerso en el medio puede determinar con una sencilla búsqueda en una página web sería, cuáles son los estándares en términos de éxito, complicaciones, estancia, etc., para determinada cirugía. Existen reconocidos centros de excelencia que han establecido los más altos estándares clínicos en diferentes procedimientos y condiciones. Conocemos, por ejemplo, el desempeño de la *Cleveland Clinic* o la *Mayo Clinic* en cardiología o el *MD Anderson Cancer Center* o el *Memorial Sloan-Kettering Cancer Center* en tratamientos oncológicos². Esta es una forma de determinar qué se debe buscar y qué se debe preguntar.

Pero, para el paciente común obtener esta información es toda una hazaña. La información, que debería ser ofrecida por las asociaciones científicas de cada área y estar al alcance del público, termina obteniéndose por el arcaico método del boca a boca, a partir de las revistas de farándula o, en el peor de los casos, a través de páginas

de internet de dudosa procedencia y con una clara intención mercantilista. Así, los que suelen ser los resultados importantes, la calidad técnica (supervivencia, complicaciones, recuperación funcional), se ven desplazados por factores secundarios, aquellos que suelen incluirse en el término de calidad funcional (estética, comodidad, agilidad, velocidad, facilidad de acceso), y el paciente termina haciendo su elección a partir de resultados que, en última instancia, son irrelevantes. Además, estos últimos vienen acompañados de conceptos, favorables o no, que comparan lo que no es comparable y en los que no se especifica si los tratamientos se aplicaron a pacientes en las mismas condiciones que el interesado (grado de enfermedad, enfermedades concomitantes previas, etc.).

Por ejemplo, no es lo mismo operar un cáncer de piel que uno de páncreas, y no es lo mismo operar un paciente con cáncer en estadio temprano que uno tardío, o un paciente desnutrido que uno bien nutrido, etc., y esa suele ser la información que el boca a boca no discrimina. El problema de la individualidad de los pacientes, de la carga de enfermedades y condiciones que cada uno de ellos trae y que determinan el pronóstico, usualmente no se tiene en cuenta de manera objetiva y, por lo tanto, ofrecer conclusiones individualizadas es difícil.

La segunda pregunta que surge es cómo encontrar los datos de los resultados clínicos de los médicos escogidos, que permitan hacer comparaciones con el estándar aceptado universalmente. Y ahí sí la situación se complica más. En el país no existe una preocupación real por la medición de los resultados clínicos y, mucho menos, por su registro. Los cirujanos aún estamos en las épocas ancestrales de las sumas y las restas, en donde la excelencia se mide por el número de procedimientos practicados y poco más. El mejor cirujano es el que más ha operado, sin importar cuántos pacientes fallecieron o sufrieron complicaciones, cuántos estuvieron en cuidados intensivos, cuántos necesitaron múltiples transfusiones o cuántos terminaron con secuelas funcionales o estéticas. Lo único importante es el número de pacientes operados. Y como no existe obligatoriedad en los registros de resultados clínicos, ni siquiera este dato es confiable. En el mundo de la cirugía siempre hay cirujanos que han operado “más” que otros, pero no existe posibilidad de comprobarlo. Y si se osa preguntar cuántas complicaciones o muertes se han tenido, la respuesta lacónica y agresiva suele ser «ninguna». Los cirujanos sabemos que eso es imposible. Como reza el refrán, solo al que

opera se le complican y, todos, por más depurados que seamos en la técnica y por más comprometidos que estemos con los pacientes, siempre tendremos complicaciones. Unos más que otros, pero siempre las habrá. Ya de entrada se desconfía del asombroso cirujano que nunca ha enfrentado una infección o una fístula o que suele alardear de unos números que resultan mejores que los de los cirujanos en países donde el registro es obligatorio. Estamos en el mundo de la cirugía basada en la “eminencia”³. Lo que diga el distinguido doctor es la palabra de Dios y punto.

Para aquellos que pertenecemos al gremio médico, siempre habrá alternativas a respuestas tan imprecisas. Uno se lanza en la búsqueda de información por fuentes “secundarias” que suelen ser mucho más precisas que las emitidas por los mismos médicos.

Los anesthesiólogos, por ejemplo, son unos críticos agudos del trabajo quirúrgico, pues desde el otro lado de la sábana se forman una opinión, no solo de las habilidades técnicas del cirujano, sino de los resultados intraoperatorios. Ellos son capaces de decir cuál de los cirujanos es más delicado con los tejidos, cuál es meticuloso en la disección, cuál usa de manera adecuada los instrumentos y, asimismo, cuál cirujano hace una selección adecuada de los pacientes por operar, a cuál cirujano le sangran menos, cuál necesita más transfusiones, cuál es el que garantiza un uso adecuado de los antibióticos, cuál mantiene la técnica estéril, cuál usa los dispositivos e implantes de manera racional, etc. Ellos terminan midiendo los resultados que deberíamos medir nosotros, los cirujanos.

Otra fuente secundaria y que observa otra parte del proceso quirúrgico, son las enfermeras. Ellas aportan información real sobre la evolución posoperatoria de los pacientes. Ellas pueden decir a quién se le complican los pacientes, de qué se complican, a quién le sangran o se le infectan, a quién la estancia se le hace eterna por falta de cuidados posoperatorios bien indicados, quién ocasiona más secuelas, etc. Y no solo eso, son ellas las que pueden determinar el grado de responsabilidad del cirujano con su paciente: si lo sigue o delega la responsabilidad en otros, si está presto al manejo de las complicaciones o simplemente lo abandona, si se acompaña de otros colegas o decide seguir el camino en solitario, etc. Ellas también miden lo que nosotros tenemos la responsabilidad de informar.

Con estas y otras fuentes, se crea un puntaje subjetivo que permite decidir. Pero, como hemos dicho, estas fuentes no están al alcance de la mayoría de los pacientes, que se tienen que conformar con lo que les dicen los médicos y confiar ciegamente en que la información que se provee es precisa.

El Ministerio de Salud y Protección Social obliga al reporte de los indicadores de calidad que deben presentar las instituciones que prestan servicios de salud y que para el caso de cirugía son proporción de cancelaciones, oportunidad en la realización de la cirugía, reingreso, mortalidad e infección intrahospitalaria, detección y gestión de eventos adversos y satisfacción global⁴. No obstante, estos eventos adversos son generales, no están discriminados por especialidad o médico y no son específicos para las diferentes condiciones. Las instituciones suelen enviar consolidados globales que poco o nada dicen sobre el profesional que se busca, de modo que el círculo termina cerrándose donde empezó. Sin información, todo depende de la opinión, necesariamente subjetiva, de los actores.

Por último, es necesario decidir en qué institución operarse. Para escoger la institución se suelen usar los resultados de las certificaciones de calidad. Se asume que si una institución está acreditada, debe ser la que mejores cirujanos tiene y, por tanto, la que mejores resultados clínicos ofrece. Estas acreditaciones ofrecen información sobre el cumplimiento de unos procesos y la consecución de unos indicadores que son más exigentes y que suelen estar auditados por entes externos. Al evaluar el factor recurso humano en estas certificaciones, se observa que más allá del cumplimiento del requisito de estar calificado para ejercer la profesión (entiéndase, tener un diploma), tales acreditaciones recomiendan la medición periódica del desempeño, ejercicio del cual no hay mucha información. Para no ser injusto, uno puede asumir que dichas evaluaciones se realizan, pero que no se hacen públicas, lo que pone al paciente en asimetría de información para la toma de decisiones.

De otro lado, el razonamiento de ‘buenos procesos entonces buenos resultados’ en el que se basan las certificaciones de calidad, tiene algunas debilidades. Los sistemas de gestión de calidad se basan en la mejora continua de los procesos mediante una lógica que dice que, si el proceso es perfecto, el resultado debe, en consecuencia, ser perfecto. Sin embargo, existen situa-

ciones que no se miden juiciosamente en la evaluación de procesos y que son de efecto notorio en los resultados.

Explicar esto es sencillo: es posible cumplir perfectamente con los factores de calidad funcional como un adecuado proceso de ingreso, un diagnóstico correcto y oportuno de un paciente con apendicitis aguda; se le puede administrar el antibiótico a tiempo y se le puede ofrecer la tecnología laparoscópica de punta para su tratamiento; se puede tener el quirófano de mejor dotación con los equipos de monitorización más modernos y precisos y con el personal certificado, todos con su respectivo diploma. Ahora bien, si el cirujano, al que nunca se le ha medido el desempeño, tiene históricamente una gran frecuencia de complicaciones, si el anestesiólogo, a pesar de su diploma, ha tenido una historia de resultados intraoperatorios adversos, y si la comunicación entre los dos no se da de manera fluida porque han tenido altercados previamente, el resultado clínico del paciente será malo⁵.

Por lo tanto, procesos perfectos no necesariamente significan resultados perfectos. Y dado que el desempeño de los actores no se mide, sino que se da por sentado a partir del diploma, es evidente en qué sentido este puede dar al traste con un sistema de calidad y vigilancia de procesos, implementado adecuadamente. Con esto, la decisión del dónde operarse remite (una vez más) a la de con quién.

Si la institución mide el desempeño de sus profesionales, y además está inmersa en un proceso juicioso de certificación de la calidad, es muy probable que los resultados que se alcancen sean los establecidos universalmente. El día en que la institución logra alcanzar las metas propuestas, el paso siguiente es la elevación de la exigencia de los estándares, para acercarse cada vez más a la perfección.

En esto se basa, por ejemplo, el sistema seis sigma que es de uso corriente en la industria aeronáutica pero que también es empleado por la anestesiología, que reza que un determinado proceso debería tener menos de 3,4 errores por cada millón de eventos.

La conclusión final es que ni los sistemas de gestión de calidad exigen enérgicamente la medición del desempeño individual (que, en este caso, son los resultados clínicos importantes para los pacientes) ni los actores tienen la preocupación de medirse a sí mismos en su desempeño.

Obviamente, la situación ideal es una institución comprometida con una adecuada gestión de procesos que contrate exclusivamente profesionales que hayan demostrado un desempeño clínico excelente. Pero además, es necesario, y quizá el mayor escollo, lograr que estos profesionales se midan y se comparen periódicamente, para lo cual se requiere una institución que considere que esto es importante, que ofrezca un sistema claro para hacerlo y que establezca incentivos para aquellos que demuestran tener buenos resultados. Las instituciones de reconocimiento internacional en sus respectivos campos, aquellas que aparecen anualmente en los listados de los mejores hospitales americanos, son las que han logrado una combinación perfecta de ambos elementos².

¿Y dónde está esa información en Colombia? Es posible decir que hay instituciones de demostrada excelencia de procesos porque están acreditadas nacional o internacionalmente⁶. Pero, ¿qué se puede decir de los resultados clínicos de los pacientes? Esta información es difícil de hallar. Como las instituciones son dueñas de su información, ellas deciden qué mostrar y qué no. Entonces, ¿cómo toma un paciente la decisión para su procedimiento? Hoy en día, todavía se hace por la “confianza” que inspira el cirujano, por la “reputación” que tiene dentro del medio o porque no hay más alternativa. Si, al menos, tuviéramos una idea del desempeño de los cirujanos, las cosas serían más fáciles y justas para todos. Quedaría pendiente decidir qué hacer cuando la información se tenga y no sea la esperada, pero eso es harina de otro costal.

Quality in surgery: what makes the country's best surgeon?

Abstract

Surgical procedures require a close relation between institutions and health care professionals in order to guarantee a successful outcome. Therefore, a hospital registry of the number of complications and the functional outcomes of each surgical team will help patients to make a better choice. However, in Colombia the information provided by state organizations and other groups as scientific societies, health care insurance companies and hospitals are weak, incomplete, unspecific, insufficient and out of date, which make the choice of the health care provider difficult.

Management systems requirements that try to guarantee minimal conditions to offer a health service to satisfy the patients' needs and assure high quality service, sometimes confuse patients and give up clinical outcomes, which are the main factor to make a decision about a health care provider. Few managed health care systems report clinical outcomes although they include on data about satisfaction, adverse events detection and management and some complications.

It is necessary to create clinical outcomes registries by physicians and hospitals that allow a more transparent choice by patients.

Key words: *surgery; quality assurance, health care; physician-patient relations; patient safety; outcome and process assessment (health care).*

Referencias

- Dickinson I, Watters D, Graham I, Montgomery P, Collins J. Guide to the assessment of competence and performance in practising surgeons. ANZ J Surg. 2009;79:198-204.
- U.S. News Best Hospitals 2012-13: the Honor Roll". U.S. News & World Report. 17 July 2012.
- Leppaniemi A. From eminence-based to error-based to evidence-based surgery. Scand J Surg. 2008;97:2-3.
- Superintendencia Nacional de Salud. Circular externa N° 30 de 2006. Fecha de consulta: 3 de febrero, 2014 Disponible en: http://www.supersalud.gov.co/normatividad/documentos/CIRCULAR_30_2006.pdf.
- Symons NR, Almoudaris AM, Nagpal K, Vincent CA, Moorthy K. An observational study of the frequency, severity, and etiology of failures in postoperative care after major elective general surgery. Ann Surg. 2013;257:1-5.
- Icontec. IPS acreditadas. Fecha de consulta 3 de febrero, 2014. Disponible en: <http://www.acreditacionensalud.org.co/novedades.php?IdSub=108&IdCat=25&titulo=IPS%20ACREDITADAS>

Correspondencia: Álvaro Sanabria, MD, MSc, PhD, FACS

Correo electrónico: alvarosanabria@gmail.com
Medellín, Colombia