

Asociación Médica Argentina

Control de calidad*

Estas breves reflexiones tienen origen en un diálogo con el presidente de la Asociación Médica Argentina (AMA), Dr. Elías Hurtado Hoyo, en el que conversamos sobre la aparente falta de interés en la formación de Recursos Humanos por parte de algunos de los mayores prestadores de salud.

El problema excede el interés académico, para contribuir directamente al tema del deterioro del nivel de la atención médica.

Si al ciudadano común le preocupa el sello de "control de calidad" en un electrodoméstico, en medicina debiéramos ser aún más exigentes. Parece evidente que el resultado de una prestación estará determinado por el nivel del grupo médico actuante y por el autocontrol del sistema. En lo que atañe a los Recursos Humanos, durante décadas los Hospitales (públicos o de comunidad) han sido generosos proveedores, a través de escuelas que ya han logrado reconocimiento histórico. Ello ha significado una contribución fundamental para completar la formación iniciada en el pregrado. Aquí no discutiremos la necesaria reforma curricular, ni el exceso de alumnos.

Lo cierto es que el "fanatismo" de tantos docentes nos entrega un "producto" que será bien apto si completamos su formación a través de una residencia, donde además aprenderán que la medicina exige actualización permanente.

Los reiterados ciclos de decadencia económica, la imposibilidad de invertir y la falta de reconocimiento han limitado este esfuerzo hospitalario que sólo se sostiene en la obcecada perseverancia de muchos líderes ignorados.

Una buena parte de estos médicos constituyen la espina dorsal de entidades en explosivo crecimiento, basado en la calidad médica y en una acertada administración. Muchas de ellas han recogido el desafío y están comprometidas con la educación.

En cambio, existen otras que impresionan por no contar con la estructura necesaria que facilite, hacia el futuro, el necesario reemplazo generacional. La carencia de una carrera médica, alguna residencia desvirtua-

da, el ingreso sin concurso, la falta o precariedad de comités de ética y de docencia e investigación, etc., agregan arbitrariedad y quitan transparencia al accionar del sistema. Ni qué hablar de la educación continuada, que en ocasiones pareciera limitada a la caza de "punitos" para llegar a la recertificación (una "siesta" en una clase no participativa no resulta el recurso ideal; un congreso para "recaudar" muestras gratis o rifas en los *stands*, tampoco).

Asimismo, no parece acertada la orientación frente a la investigación. El reemplazo de una "pregunta adecuada" por el "reclutamiento interesado" para incluir casos en protocolos ajenos, no sería el mejor camino para estimular la iniciativa intelectual.

Si en estas condiciones podemos pronosticar un posible mayor deterioro en la calidad médica del futuro, ¿cómo nos hallamos en su control?:

1. La autopsia: Resulta muy loable el empeño en lograr la donación de un órgano destinado a prolongar la vida de un ser humano. Se entiende menos el escaso interés en lograr una autopsia cuyo resultado pueda beneficiar a cientos de futuros casos, al corroborar o excluir un diagnóstico o aclarar o corregir una intervención. Durante años en nuestra División Cardiología del Hospital Argerich, recibía la reprobación de la comunidad médica, más "algún tirón de oreja", aquel residente que fracasara en el intento de lograrla. Centenares de sesiones anatómico-clínicas con la insobornable patóloga Dra. Coloma Parisi, resultaron un foro inagotable de formación y discusión que todos recordamos con nostalgia. Podríamos reincorporar al porcentaje de autopsias como otro de los parámetros para evaluar. Y que no se hable de la dificultad para conseguirlas, cuando en algunos centros ni existe lugar o personal para ejecutarlas.
2. Ateneos: La presentación de casos reales, actuales y sin "ventaja" de datos para nadie, jerarquizan a la institución y protegen al paciente en cuanto a la indicación de estudios o tratamientos. A la vez, este tipo de reuniones son otro pilar de la educación continuada.

* Publicado en la Revista de la Asociación Médica Argentina, Vol. 119, Número 2 de 2006.

3. Diálogo Institucional: La asidua concurrencia a un centro médico permite el intercambio de información, la consulta espontánea, la corrección u orientación diagnóstica y en fin, comparte la responsabilidad, alivia la tarea y facilita la conducción del paciente cotidiano.

En contraposición, hoy existe una enorme masa de profesionales “encarcelados” en su consultorio y con casi ninguna otra fuente de información que la periódica visita de un agente de propaganda médica con el regalo de productos dirigidos y bibliografía no siempre correctamente seleccionada.

Si por razones económicas y/o de comodidad esta situación se prolonga por varios meses, he notado que a menudo se torna definitiva. Con vergüenza y coraje alguien me ha comentado la razón de esta actitud: la pérdida del “idioma”. Es tan vertiginoso el ritmo de la actualización que el que “retorna” a su hospital halla nuevos médicos que hablan otro lenguaje y utilizan recursos con “guías” en permanente revisión.

Por las razones expuestas y muchas otras, se deteriora el control de calidad y se incrementa el “error médico”.

No es casual que los doctores Alberto Agrest, desde la Academia Nacional de Medicina y Daniel Piñei-

ro en la Sociedad Argentina de Cardiología, hayan iniciado importantes esfuerzos para su “detección y tratamiento”. Seguramente existirán otros proyectos que sería conveniente coordinar para facilitar el objetivo.

En ese sentido, me permito recordar que en todos nuestros reportes sobre resultados en la Unidad Coronaria de los años 1970-1990, se desglosaba entre las causas de mortalidad a la “falla de equipo”. Ello ilustraba al lector sobre los errores cometidos (y advertidos) para evitarlos hacia el futuro. En cambio, cuando el médico permanece aislado en su consultorio, ignora su propio error y hace “experiencia” en base a la equivocación.

En fin, desde la visión seguramente parcial de un cardiólogo, no pretendemos dictar normas ni hallar responsables. Nuestro objetivo es llamar la atención sobre un creciente problema con vistas el futuro y rogar, con el esfuerzo de todos, que se mantenga el tradicional nivel del recurso humano (la mejor inversión) que deriva en una mejor autoestima del médico y una clara ventaja para el paciente.

CARLOS A. BERTOLASI
Médico cardiólogo