

La medicina de óptima calidad (MOC) en Colombia

Los internistas debemos abrir el camino

High value care (HVC) in Colombia

Internists must set the path

ROLF ALWERS • BOGOTÁ, D.C. (COLOMBIA)

Resumen

En muchos países existe evidencia de un creciente aumento del gasto en salud. Se estima que hasta 30% del mismo es innecesario y representa por lo tanto despilfarro de recursos.

Una gran parte de ese despilfarro corresponde a la sobreutilización de pruebas de laboratorio e imágenes diagnósticas que no agregan calidad a la atención de los pacientes. Se considera que para que una intervención en salud sea de calidad para el paciente, su beneficio neto debe ser superior a la suma de sus costos (directos y los denominados “cascada abajo”) y los daños que pueda ocasionar.

En un intento por reducir el desperdicio en salud, buena parte del cual depende de los profesionales de la salud, varias organizaciones internacionales han desarrollado estrategias para identificar aquellas pruebas diagnósticas que no agregan valor a la atención de los pacientes, independientemente de su costo. Campañas como “*Choosing Wisely*” del *American Board of Internal Medicine* (ABIM) y “*High-value, cost-conscious care*” del *American College of Physicians* y la Alianza para la Medicina Interna Académica (AAIM por sus siglas en inglés) promueven la identificación, en el interior de las diferentes especialidades médicas y quirúrgicas, de las cinco pruebas diagnósticas que son más frecuentemente ordenadas por sus médicos, pero que se consideran no agregan calidad a la atención del paciente y que por lo tanto deben ser desaconsejadas. Estas pruebas así identificadas se conocen como las “top 5”. También los pacientes deben estar involucrados y ser informados acerca del poco o ningún valor que estas pruebas representan para su atención.

En Colombia el Capítulo Colombia del *American College of Physicians* (ACP) ha conformado un grupo de trabajo de medicina de óptima calidad (MOC), como se ha denominado la iniciativa en nuestro país, encargado de su difusión entre las diferentes sociedades científicas e instituciones académicas a nivel de pre y posgrado. Bajo la consideración que los médicos internistas deben liderar esta iniciativa en Colombia, se trabaja ya en la metodología más apropiada que permitirá identificar un primer grupo de pruebas diagnósticas propias de la medicina interna que se consideran de poco valor (calidad) en nuestro medio. (**Acta Med Colomb 2016; 41: 191-197**).

Palabras clave: medicina de óptima calidad, valor, top five, pruebas de diagnóstico, pruebas de tamización.

Abstract

In many countries there is evidence of increasing health spending. It is estimated that up to 30% of it is unnecessary and therefore represents waste of resources.

A great part of this waste corresponds to over-use of laboratory tests and diagnostic images that do not add quality to patient care. It is considered that in order that a health intervention may be of quality for the patient, its net benefit must be greater than the sum of its costs (direct and so-called “down stream”) and the damage it net benefit may cause.

In an attempt to reduce waste in health, large part of which depends on the health professionals, several international organizations have developed strategies to identify those diagnostic tests that do not add value to patient care, regardless of cost. Campaigns like “*Choosing Wisely*” from the *American Board of Internal Medicine* (ABIM) and “*High-value, cost-conscious care*” of the *American College of Physicians* and the *Alliance for the Academic Internal Medicine* (AAIM for

Dr. Rolf Alwers: Internista. Coordinador del Grupo de Medicina de Óptima Calidad del Capítulo Colombia del *American College of Physicians* en Colombia. Bogotá, D.C. (Colombia). Correspondencia. Dr. Rolf Alwers. Bogotá, D.C. (Colombia). E-mail: rolfalw@hotmail.com Recibido: 16/VI/2016 Aceptado: 05/VIII/2016

its acronym in English) promote identification of the 5 diagnostic tests that are more frequently ordered by their doctors within the different medical and surgical specialties, but that are considered not to add value to patient care and therefore should be discouraged. These tests thus identified are known as the “top 5”. Patients should also be involved and informed of the little or no value that these tests represent for their health care.

In our country, the Colombia Chapter of the American College of Physicians (ACP) has formed a working group of medical optimal quality (MOC), as the initiative has been named in our country, responsible for its dissemination among different scientific societies and academic institutions at pre- and postgraduate level. Under the consideration that internal medicine physicians must lead this initiative in Colombia, work is being done on the most appropriate methodology that will allow identify a first group of diagnostic tests characteristic of Internal Medicine that are considered of little value (quality) in our environment. (*Acta Med Colomb 2016; 41: 191-197*).

Keywords: *High-value care, quality, top five, diagnostic tests, screening tests*

Introducción

Para los profesionales de la salud, en especial para los médicos internistas, ordenar exámenes de laboratorio clínico y de imágenes diagnósticas ha sido parte integral del proceso diagnóstico, siempre de la mano con un juicioso criterio clínico. El proceso de determinar cuándo y cuáles exámenes ordenar se ha basado fundamentalmente en su conocimiento de la patología clínica, en consideraciones diagnósticas diferenciales, en su experiencia, así como en las recomendaciones de guías clínicas u otras consideraciones.

Pero también otros factores no tan evidentes pueden influenciar la decisión de solicitar exámenes paraclínicos. Entre ellos están la necesidad inherente de reducir al máximo la incertidumbre diagnóstica, la necesidad de cubrimiento ante eventuales demandas por omisión y no pocas veces también para satisfacer presiones de pacientes y familiares. Finalmente, un lado más oscuro de esta lista de motivaciones lo constituye evidentemente la existencia de intereses personales y económicos más allá de consideraciones puramente clínicas.

Un elemento que usualmente no entra en las anteriores consideraciones es la de los costos directos e indirectos que la realización de exámenes paraclínicos conlleva, así como el valor y los riesgos que para el paciente pueda tener la decisión de ordenar exámenes paraclínicos.

Ya sea porque no lo consideramos inherente a nuestro resorte profesional, por desinterés o desconocimiento, solemos anteponer la realización de exámenes paraclínicos a cualquier otra consideración como la juiciosa evaluación de su real necesidad, de sus posibles consecuencias y tampoco tenemos presente los costos que para el sistema o incluso para el paciente pueda tener esta conducta.

¿Hay un crecimiento desmedido en los costos de salud y en qué medida somos nosotros los médicos responsables de parte de ese gasto excesivo?

Evidentemente, los costos de atención en salud han experimentado un aumento marcado en los últimos años. Especialmente en los Estados Unidos de Norteamérica ha

sido evidente que el gasto en salud ha crecido de manera insostenible.

Allí se estima que el mismo ha aumentado desde valores de US\$255 billones en 1980, pasando por US\$721 billones en 1990, 2.4 trillones de US\$ en el 2008 hasta alcanzar la escalofriante suma de algo más de 3 trillones de US\$ en el año 2014 (1). El gasto en salud representa ya 17.5% del producto interno bruto en ese país y se ha hecho evidente allí la necesidad de desarrollar medidas que puedan ayudar a detener ese crecimiento desenfrenado, pero sin afectar la calidad de la atención que se brinda a los pacientes.

Son muchos los factores que han contribuido a ese aumento de los gastos en salud. Entre ellos, el desarrollo de medicamentos biotecnológicos, sofisticados dispositivos médicos y procedimientos clínicos, así como la ya mencionada realización de pruebas diagnósticas (2).

Desde hace ya varios años existe una creciente preocupación acerca del uso inadecuado de exámenes de diagnóstico, tanto de laboratorio como de imágenes diagnósticas, así como de tamización (2, 3).

En un principio se dio más importancia a la subutilización de procesos de cuidado con sustento en medicina basada en la evidencia, en mejorar la seguridad del paciente y en lograr un cuidado más centrado en el paciente (4). Con el tiempo se ha visto que en realidad es la sobreutilización o la indicación inadecuada de pruebas diagnósticas y tratamientos, y con ellos el sobrediagnóstico, los factores que están contribuyendo en gran medida al gasto desmedido en salud (5).

Y buena parte parece ser responsabilidad de nosotros los médicos. Veamos por qué.

El contexto

En 2010, un informe del Instituto de Medicina en los Estados Unidos (6) estableció que hasta 30% de los gastos en salud (unos US\$765 billones) es innecesario sin afectar la calidad de la atención a los pacientes y se considera por lo tanto un desperdicio en salud.

Nada menos que unos 395 billones, esto es más del 50% de ese desperdicio, corresponde a gastos que dependen de acciones realizadas por los médicos: 210 billones por

servicios innecesarios, 130 billones por ineficiencia en los servicios prestados, y 55 billones por omisión de servicios preventivos de calidad como la inmunización (7).

La reacción

Desde comienzos de esta década y en respuesta a este desperdicio en salud, diversas organizaciones hicieron recomendaciones y tomaron medidas que permitieran un uso más racional del gasto, sin perjudicar la atención de los pacientes. Hay diferentes frentes de batalla abiertos para combatir el gasto excesivo en salud.

Entre ellos, la Fundación del *American Board of Internal Medicine ABIM* lideró a partir del año 2011 una campaña integral que involucró a diferentes organizaciones médicas y consumidores, denominada “*Choosing Wisely*”, destinada a identificar y desalentar el empleo de pruebas diagnósticas y tratamientos innecesarios.

En el año 2011, la misma Fundación del *American Board of Internal Medicine ABIM*, la Alianza para la Medicina Interna Académica AAIM (la cual aglutina a los decanos de facultades de medicina interna en los Estados Unidos) y el *American College of Physicians ACP* acordaron una campaña para promover los principios de la llamada Medicina de Óptima Calidad (MOC) con consciencia de costos (“*High value, cost-conscious care*” en inglés), (7). Sus objetivos y principios han sido claramente delineados por Owens y cols. en un artículo publicado hace ya cinco años en *Annals of Internal Medicine* (8).

¿En qué consiste la medicina de óptima calidad?

Si bien las iniciativas de “*Choosing Wisely*” y “*High value, cost-conscious care*” nacieron como reacción al mencionado desborde del gasto en salud, su orientación sigue siendo en gran medida académica y educacional.

El objetivo principal estaba y sigue estando encaminado a la identificación de toda una serie de exámenes diagnósticos, procedimientos y tratamientos innecesarios que indicamos nosotros los médicos, los cuales, independientemente de su costo, se considera no agregan calidad a la atención de los pacientes o incluso pueden ser dañinos. La campaña tiene entonces un alto componente educativo (7). Incluso se ha propuesto ya como una competencia crítica en la formación académica de los residentes en los programas de posgrado de medicina interna (9) y de hecho recientemente se ha postulado que para el año 2017 en los Estados Unidos la práctica de MOC se constituya en una competencia para la educación de pre y posgrado (10).

Un eje central de la iniciativa radica en comprender que la contención de costos en salud y del despilfarro no se centra exclusivamente en los costos de las intervenciones propiamente dichas o en la limitación administrativa a su acceso, lo cual tiene como consecuencia una contención de costos a ultranza, alejada de criterios científicos de racionalidad, como lo hemos observado en nuestro medio.

Precisamente teniendo en cuenta este hecho, la denominación de la iniciativa en español fue cuidadosamente estudiada, para no generar una impresión que su justificación es la contención de costos. El término “valor”, traducción literal del término “*value*” en inglés, podría llevar a esa conclusión. De allí la denominación basada en lo que debe ser central para la atención de nuestros pacientes: la óptima calidad de la atención.

Entonces, el eje central de la iniciativa radica en reconocer cuál es el valor que la intervención brinda a nuestros pacientes. Y es ahí precisamente donde los médicos jugamos un papel muy importante.

Por lo anterior también es necesario distinguir claramente entre costos y calidad (8, 11). Una intervención puede ser de alta o baja calidad, independientemente de su costo para la atención del paciente. Hay dos tipos de intervenciones, según Owens (8): Intervenciones que brindan poco o ningún beneficio al paciente e incluso pueden causar daños. Por lo tanto son intervenciones que representan despilfarro en salud y se debe desaconsejar su uso.

La segunda categoría comprende aquellas intervenciones que brindan beneficio neto. Para establecer si existe ese beneficio neto el *American College of Physicians ACP* considera primordial tener en cuenta la siguiente ecuación (8).

Beneficio neto de una intervención (calidad) > costo + daño.

El beneficio neto de cualquier intervención diagnóstica, de tamización o terapéutica deberá siempre ser mayor a la suma de su costo y el eventual daño que pueda ocasionar al paciente.

En la Tabla 1 se pueden ver algunos ejemplos de intervenciones de alto o bajo costo y de alta o baja calidad para el paciente.

Un ejemplo claro y que ha sido presentado reiteradamente como paradigma de una intervención de baja calidad, es la realización de estudios de imágenes diagnósticas de columna lumbar con radiografía, tomografía o resonancia magnética en presencia de un dolor lumbar agudo reciente sin signos de alarma. En estos casos, el rendimiento del examen es

Tabla 1. Intervenciones de alto o bajo costo y de alta o baja calidad en salud.

<p>Ejemplos de intervenciones de alto costo y alta calidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapia antirretroviral para infección por virus de inmunodeficiencia (VIH). • Desfibrilador –cardiovertor implantable en pacientes apropiados.
<p>Ejemplos de intervenciones de bajo costo y baja calidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Citología cérvico-vaginal anual en mujeres de bajo riesgo. • Radiografía de tórax preoperatoria en personas sanas y asintomáticas. • Pruebas de coagulación preoperatorias en personas sin factores de riesgo o condiciones clínicas predisponentes para sangrado, y sin antecedentes personales de sangrados anormales.

muy bajo, pero se asocia con costos y posibles daños y consecuencias tales como exposición a radiación, resultados equívocos, mayores exámenes, etc. (3).

Unas pocas palabras sobre la variable costo. Usualmente estamos conscientes y familiarizados en mayor o menor grado con el costo que determinadas pruebas diagnósticas tienen para el sistema y/o el paciente. Es el costo primario que tiene toda prueba que se ordena.

Menos evidente es, sin embargo, el concepto del costo “cascada abajo”: Es aquel que se genera cuando, debido a los resultados que señala el primer examen ordenado, se hace necesario ordenar una serie de exámenes adicionales para confirmar o descartar aquello que nos sugiere la evaluación inicial (2, 8). Y acá comienza la cascada (y el calvario para el paciente, agregaríamos). Viene la secuencia de exámenes adicionales, muchos de ellos sugeridos incluso en el reporte que recibimos p.ej. de exámenes de imágenes. Todos hemos podido constatar que muchos de estos exámenes no aportan nada adicional al diagnóstico e incluso llevan a más incertidumbre (y por ende a más exámenes) y para el paciente, al riesgo de exponerse a exámenes no necesarios o con potenciales riesgos y a mayor ansiedad por los eventuales resultados. Todo un círculo vicioso.

Para limitar esta tendencia natural que tenemos de ordenar exámenes y más exámenes (frecuentemente con la justificación “para descartar...”) pero muchas veces en realidad porque tenemos poca tolerancia a la incertidumbre diagnóstica y necesitamos sentirnos más tranquilos (11), es importante tener presente el concepto de la probabilidad pretest, esto es, la prevalencia de la enfermedad que supuestamente estamos buscando, cuando vamos a solicitar una prueba diagnóstica.

Mientras más baja sea esa probabilidad, obviamente mayor será la probabilidad de resultados negativos (“normales”), pero más importante aún, un resultado positivo en una de esas tantas pruebas tiene en realidad más probabilidad de representar un falso positivo y no un diagnóstico real (5).

Y es menester reconocer que nosotros los médicos no pensamos en términos de la probabilidad pretest de una prueba cuando la ordenamos. De ahí que las historias clínicas estén llenas de resultados de laboratorio e imágenes diagnósticas normales, con lo cual nos sentimos muy a gusto, pues “descartamos x o y patología”.

Y cuando tenemos un resultado positivo, raramente nos detenemos a pensar que puede ser simplemente un hallazgo incidental (12), un verdadero positivo (el paciente tiene la afección que sospechamos), o, lo que es más frecuente, que se trata de un falso positivo (el cual nos obliga a realizar más pruebas confirmatorias para seguir descartando o lograr confirmar algo que nos elude continuamente ...

Más evidencia que sí somos responsables del despilfarro en salud

1. A manera de ejemplo, se estima que hasta un 50% de exámenes de tomografía abdominal puede reportar hallazgos

incidentales (13) y se discute la conducta por seguir cuando, debido al empleo de ese tipo de exámenes con alta sensibilidad y capacidad de detección, se encuentran hallazgos como quistes pancreáticos incidentales (12).

2. En un gran centro académico de Boston, Massachusetts, se pudo establecer que sobre un total de 84.187 determinaciones de niveles de folato sérico ordenadas ambulatoriamente entre enero y diciembre de 2013, sólo el 0.26% (!) arrojaron resultados normales bajos o indicativos de déficit de ácido fólico, mientras que un 68% de las pruebas eran normales. A un costo de US\$2 dólares por prueba, cada examen realmente indicativo de déficit de ácido fólico tuvo un costo de US\$3.582, pero el valor facturado fue una astronómica cifra de US\$229.275 dólares, a todas luces un exabrupto (14).

No en balde, en el John Hopkins se ha adoptado recientemente una sencilla pero efectiva manera de reducir los costos y el despilfarro asociados a la realización de exámenes de folato sérico (15).

Un simple mensaje aparece en la pantalla del médico cuando escribe sus órdenes médicas: “Nuestro comité recomienda no realizar de manera rutinaria determinaciones de folato”.

Esta sola medida redujo en algo más de un 30% las pruebas de folato y en un 80% las de folato en hematies en un solo mes.

3. Y finalmente la famosa tomografía de cráneo para el estudio de cefalea, el quebradero de cabeza para los neurólogos cuando reciben la perentoria solicitud de sus pacientes para ordenar este examen, muchas veces adobada con la anécdota del conocido a quien sí le diagnosticaron el temido tumor cerebral. Todo ello suele desembocar en la sencilla ecuación: Cefalea = TAC.

Sólo en un 1-3% de las imágenes solicitadas por cefalea se encuentran hallazgos importantes, una proporción similar a la de imágenes solicitadas en ausencia de cefalea, por lo cual se ha recomendado no hacer estos estudios en ausencia de hallazgos clínicos que los indiquen. Se estima que hasta en un 12% de las consultas ambulatorias por cefalea en los Estados Unidos se solicitan estudios de neuroimágenes, con un costo estimado anual de un billón de dólares americanos (16).

La iniciativa de “*High value care*”, liderada por el ACP a partir de 2011 en compañía del ABIM, busca entonces esencialmente

- Ayudar a los médicos a proveer el mejor cuidado a los pacientes (medicina de óptima calidad-MOC) mediante una discusión informada con pacientes y otros actores del sistema sobre pruebas diagnósticas innecesarias o que pueden incluso causar daño, con el objeto principal de
- promover el uso racional y con consciencia de costos de pruebas diagnósticas, de tamización y de tratamientos que agreguen calidad a la atención de los pacientes, para finalmente

- c) reducir el despilfarro de los recursos de salud, esto último, sin embargo, sin ser el objetivo principal de la iniciativa, como ya se mencionó.

¿Y cómo se ha plasmado la iniciativa en la realidad?

Buscando eliminar gastos innecesarios en salud y la sobreutilización de pruebas diagnósticas de poco valor, sin sacrificar la atención a los pacientes, a partir de visionarias propuestas de Brody (17) y del ABIM (18) iniciativas como “*The Good Stewardship Working Group*” (19) y “*Choosing Wisely*” trabajaron sobre la identificación de pruebas diagnósticas innecesarias y el concepto de los “top 5” (2,8, 20)

Este concepto, que en primera instancia suena a actividad de farándula, no es otra cosa que el proceso metodológicamente riguroso destinado a establecer en el interior de cada especialidad médica y quirúrgica, aquellas cinco pruebas diagnósticas que son indicadas muy frecuentemente por sus integrantes, pero que, independientemente de su costo, agregan poca calidad a la atención del paciente y deben ser desaconsejadas (2, 8, 17, 19, 20). El número de 5 es más bien arbitrario, podrían ser 8, 9 o 10 recomendaciones, pero este número permite una primera aproximación práctica y de fácil recordación hacia la MOC.

Estas pruebas diagnósticas así identificadas reflejan en realidad el sentir de la iniciativa: “Aquellas cosas que tanto los médicos como los pacientes deberían poner en tela de juicio” (18).

Y es que la iniciativa ha buscado desde un principio involucrar a los “consumidores”, esto es, a los pacientes, quienes son los que deben someterse a estos exámenes y exponerse a sus posibles consecuencias, para que también participen activamente en el proceso decisorio y ante todo, entiendan por qué en un momento dado no es necesario realizar determinado examen.

Este proceso de educación a los pacientes seguramente ayudará a reducir la presión que muchas veces los mismos pacientes ejercen sobre el médico para ordenar la realización de exámenes que suelen no tener una indicación médica clara y por ende pueden considerarse innecesarios. También se considera que puedan representar una herramienta de defensa ante eventuales demandas legales por no realizar determinados exámenes paraclínicos, si las recomendaciones están avaladas por la respectiva sociedad científica.

En 2012 se unieron a esta iniciativa nueve sociedades científicas en los Estados Unidos (20), cada una de las cuales propuso cinco recomendaciones. Entretanto, ya son 73 (!) las sociedades que han entendido la importancia de esta iniciativa y han elaborado sus listas con recomendaciones.

La campaña “*Choosing Wisely*”, que pudiéramos traducir al español cautelosamente como “eligiendo sabiamente”, ha trascendido fronteras y tanto en Canadá como en varios países europeos ha tomado fuerza, bajo diversas modalidades de adopción (4).

Tabla 2. Las pruebas “top 5” en medicina interna que deberían ponerse en tela de juicio (18).

Prueba de esfuerzo como tamización en individuos sanos y con bajo riesgo de enfermedad coronaria isquémica
Estudio de imágenes para dolor lumbar bajo inespecífico
TAC o Imágenes por resonancia magnética (IRM) en síncope simple y con examen neurológico normal
Con baja probabilidad pretest de tromboembolismo venoso (TEV), realizar imágenes para diagnóstico inicial en vez de dímero D.
Radiografía de tórax preoperatoria en ausencia de sospecha de patología intratorácica.

La Tabla 2 muestra a manera de ejemplo la selección de los “top 5” que ha adoptado el ACP (18). Son aquellas pruebas que tanto médicos como pacientes deberían poner en tela de juicio. EL ACP incluso ha elaborado una lista con 37 pruebas diagnósticas que no reflejan una atención de óptima calidad para el paciente (2).

¿Es mejor solicitar exámenes “para estar del lado seguro?” – La medicina defensiva

Sólo unas pocas palabras para reconocer que la implementación de la medicina de óptima calidad conlleva tiempo y mucho esfuerzo. Tampoco está exenta de controversia. En especial, se aduce que muchas veces es necesario ordenar pruebas de laboratorio o imágenes diagnósticas como una defensa ante eventuales demandas por parte de pacientes, instituciones o abogados. La medicina de óptima calidad no pretende coartar la autonomía del médico para ordenar los exámenes que considere apropiados para su paciente. Por el contrario, busca fomentar un diálogo constructivo que permita la toma de decisiones basadas en la mejor evidencia disponible, conjuntamente con los pacientes, para decidir cuáles exámenes o procedimientos son realmente necesarios.

Contar con una lista de recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica disponible y avalada por las respectivas sociedades científicas puede convertirse en un arma de defensa muy valiosa.

Los doctores Sulmasy y Weinberger han manifestado reiteradamente que la medicina defensiva, además de costosa y de carecer de soporte científico, no blindo al médico de ser sujeto de demandas. Por el contrario, la mejor medicina sigue estando basada en una excelente relación médico-paciente (21) y en este contexto, la medicina de óptima calidad con las recomendaciones que la campaña “*Choosing Wisely*”, el ACP y otras entidades han promovido, se constituye en un aliado del profesional de la salud.

La iniciativa en Colombia y sus retos

En nuestro medio, con el auspicio del Capítulo Colombia del *American College of Physicians* (ACP), se conformó desde el año 2013 un grupo de trabajo de medicina de óptima calidad (MOC).

Una de las primeras tareas del grupo fue precisamente la de establecer la denominación más apropiada para nuestro

medio. El término “valor” fue sustituido por el de calidad, para evitar la analogía con tema de costos y para hacer más énfasis en la calidad de la atención al paciente. De ahí surgió el nombre de “Medicina de Óptima Calidad”

Entre las principales funciones del grupo de trabajo está la de difundir esta iniciativa inicialmente en el entorno académico, tanto a nivel de facultades de medicina como con diversas sociedades científicas. Así mismo, se ha constituido un subcomité encargado de establecer, inicialmente para la especialidad de medicina interna, la metodología más apropiada para determinar en nuestro medio las cinco primeras recomendaciones de pruebas diagnósticas, de tamización o de procedimientos cuyo uso se debe desaconsejar por no ofrecer valor a la atención de los pacientes.

El camino es largo. La implementación y adopción de la MOC son un proceso arduo y que requiere tiempo. Aún hay muchos aspectos por definir, entre ellos el conocimiento de los factores personales, profesionales, institucionales y sociales que inciden en la sobreutilización de procesos diagnósticos y el subsecuente sobrediagnóstico y su manejo ulterior.

También es relevante conocer la percepción de la iniciativa y el deseo de adopción por parte de los médicos generales y especialistas (22). No es fácil “desaprender” lo que durante muchos años consideramos hemos venido haciendo correctamente. La MOC no deberá considerarse como una intromisión en nuestra autonomía para desarrollar el acto médico.

La MOC debe verse como una ayuda para la práctica racional de la medicina en el marco de la autonomía médica y los “top 5” deben contemplarse como una recomendación basada en la mejor evidencia disponible para brindar la mejor atención posible a nuestros pacientes.

Finalmente, aún está por establecer el camino más adecuado para educar a médicos y estudiantes de pre y posgrado acerca de la MOC (7, 23, 24), pero el compromiso indeclinable de incluir la educación en MOC y su práctica en una competencia evaluable ya es manifiesta en otras latitudes (25).

Reflexiones y conclusiones

Iniciativas para ofrecer un cuidado médico de óptima calidad con consciencia de costos vienen abriéndose paso desde hace ya un lustro a nivel internacional. Ejemplo de ello son las campañas “*Choosing Wisely*” del *American Board of Internal Medicine* y “*High-Value Care*” del ACP y la AAIM.

Ya existe en nuestro medio una iniciativa de MOC liderada por el Capítulo Colombia del ACP.

A los internistas colombianos nos corresponde desarrollar estrategias en nuestro medio que busquen sentar el precedente de un uso racional de pruebas diagnósticas y de tamización.

Para ello debemos primero reconocer que el problema de sobreutilización de medios diagnósticos, de tamización inadecuada y el sobrediagnóstico lo tenemos en nuestro país

y en todas las especialidades, si bien no podemos documentarlo con cifras concretas.

El despilfarro consecuente seguramente existe, aunque desconocemos su magnitud. Si a partir de este reconocimiento logramos implementar una metodología que nos permita determinar “nuestros top 5” en medicina interna, habremos dado un gran paso. Habremos dado nuestro aporte para determinar qué ofrece y qué no ofrece una atención de óptima calidad a nuestros pacientes y de una manera directa habremos ayudado a contener el despilfarro en salud. Será el valor para el paciente y no el costo el que determine nuestras conductas.

Y lo más importante: los dueños de la iniciativa seremos nosotros y no terceros con otros intereses quienes nos dicten qué se puede y debe ordenar.

Si hacemos el trabajo bien, otras sociedades científicas médicas y quirúrgicas seguramente seguirán nuestro ejemplo, para bien de los pacientes.

Estas reflexiones son una invitación a los médicos internistas para abrazar una iniciativa que busca ofrecer a nuestros pacientes una atención de óptima calidad.

Agradecimientos

Al Dr. Roberto Esguerra por su apoyo, comentarios y sugerencias al presente manuscrito.

Referencias

1. **Centers for Medicare & Medicaid Services.** National Health Care Expenditures Data by type of services and source of funds. CY 1960- 2014. Consultado en <http://www.cms.gov/nationalhealthexpenddata> el 5 de junio de 2016.
2. **Qaseem A, Alguire P, Dallas P, Feinberg LE, Fitzgerald FT, Horwitch C et al.** Appropriate use of screening and diagnostic tests to foster high-value, cost-conscious care. *Ann Intern Med* 2012; **156**: 147-149.
3. **Chou R, Qaseem A, Owens DK, Shekelle P** for the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Diagnostic imaging for low back pain: Advice for high-value health care from the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2011; **154**: 181-189.
4. **Levinson W, Kallewaard M, Sacha Bhatia R, Wolfson D, Shortt S, Kerr EA.** on behalf of the Choosing Wisely International Working Group. “Choosing wisely”: a growing international campaign. *BMJ Qual Saf* 2015; **24**: 167-174.
5. **Emmanuel EJ, Fuchs VR.** The perfect storm of overutilization. *JAMA* 2008; **299**: 2789-91.
6. **Institute of Medicine.** The Healthcare Imperative: Lowering costs and improving outcomes. Washington, DC: National Academies Pr; 2010.
7. **Smith CD.**, on behalf of the Alliance for Academic Internal Medicine-American College of Physicians high-value, cost-conscious care curriculum development committee. Teaching high-value, cost-conscious care to residents: The Alliance for Academic Internal Medicine-American College of Physicians Curriculum. *Ann Intern Med* 2012; **157**: 284-286.
8. **Owens DK, Qaseem A, Chou R, Shekelle P,** for The Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. High-value, cost-conscious health care: Concepts for clinicians to evaluate the benefits, harms and costs of medical interventions. *Ann Intern Med* 2011; **154**: 174-180.
9. **Weinberger SE.** Providing high-value, cost-conscious care: A critical seventh general competency for physicians. *Ann Intern Med* 2011; **155**: 386-388.
10. **Smith CS, Levinson WS.** A commitment to high-value care education from the Internal Medicine Community. *Ann Intern Med* 2015; **162**: 639-640.
11. **Alguire PC.** Doing the right thing to control health care costs. *Cleveland Clin J Med* 2014; **81**: 403-404.
12. **Harris R.** Incidental findings in the pancreas (and elsewhere): Putting our patients (and ourselves) in a difficult situation. *Ann Intern Med* 2015; **162**: 787-789.
13. **Berland LL, Silvermann SG, Gore RM et al.** Managing incidental findings on abdominal CT: White paper of the ACR incidental findings committee. *J Am Coll Radiol* 2010; **7**: 754-73

14. **Theisen-Toupal J, Horowitz G, Breu A.** Low yield of outpatient serum folate testing: Eleven years of experience. Research letter. *JAMA Intern Med* 2014; **174**: 1696-1697.
15. **Butterfield S.** Fixing folate testing for high-value care. *ACP Hospitalist* 2016;33.
16. **Callaghan BC, Kerber KA, Pace R J, Skolarus LE, Burke JF.** Headaches and Neuroimaging. High utilization and costs despite Guidelines. *JAMA Intern Med* 2014; **174**: 819-824.
17. **Brody H.** Medicine's ethical responsibility for health care reform- The top 5 list. *N Engl J Med* 2010; **364**: 283-285.
18. **ABIM** American Board of Internal Medicine Foundation's Choosing Wisely Campaign. <http://choosingwisely.org/physician-list>. Consultado el 29 de mayo de 2016
19. **Aguilar I, Berger Z, Lasher D, Choi RY, Green JB, Harding EG et al.** The "top 5" lists in primary care: Meeting the responsibility of professionalism. *Arch Intern Med* 2011; **171**: 1385-1390.
20. **Cassel CK, Guest CK.** Choosing wisely. Helping physicians and patients make smart decisions about their care. *JAMA* 2012; **307**: 1801-1802.
21. **Sulmasy SL, Weinberger S E.** Better care is the best defense: High-value clinical practice vs defensive medicine. *Cleveland Clinic Journal of Medicine* 2014; **81** (8): 464-67.
22. **Colla CH, Kinsella EA, Morden NE, Meyers DJ, Rosenthal MB, Sequist TD.** Physician perceptions of Choosing Wisely and drivers of overuse *Am J Manag Care* 2016; **22**: 337-343.
23. **Stammen LA, Stalmeijer RE, Paternotte E, Oudkerk Pool A, Driessen EW, Scheele F et al.** Training physicians to provide high-value, cost-conscious care. A systematic review. *JAMA* 2015; **314**: 2384-2400.
24. **Korenstein D.** Charting the route to high-value care. The role of medical education. Editorial. *JAMA* 2015; **314**: 2359-2361.
25. **Smith CD, Levinson WS,** on behalf of The Internal Medicine HVC Advisory Board. A commitment to high-value care education from the internal medicine community. *Ann Intern Med* 2015; **162**: 639-640.